N° 1. — MERCREDI 4 JANVIER 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Contribution à l'étude radiologique des gros vaisseaux de la base du cœur à l'aide des méthodes d'examen en coupe, par MM. DELHERM, DEVOIS et Mme RULLIÈRE.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE.

La défense passive et la protection des denrées alimentaires, par M. L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

A propos de Clairvivre, par M. A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX.

PRATIQUE MÉDICALE.

CALENDRIER DES CONGRÈS.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Diagnostic des traumatismes du coude chez l'enfant, par M. Pierre SAGAUT (à suivre).

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Un concours pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux* s'ouvrira le lundi 6 février 1939 à 9 heures du matin dans la salle des concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole.

Inscriptions à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé) de 14 à 17 heures, du lundi 9 au mercredi 18 janvier 1939 inclusivement.

— *Un concours pour la nomination à cinq places de médecin des hôpitaux* s'ouvrira le lundi 13 février 1939 à 8 h. 30 du matin, dans la salle des concours, 2, rue d'Arcole.

Inscriptions à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé) de 14 à 17 heures, du lundi 9 janvier au lundi 23 janvier 1939 inclusivement.

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement, en 1939, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Le concours sera ouvert le jeudi 9 mars 1939. Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (Service de Santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du 5 au 13 janvier 1939 inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé le vendredi 13 janvier, dernier délai. Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Le budget de l'Assistance publique à Paris. — Le Conseil municipal a adopté le budget de l'Assistance publique qui se monte pour 1939 à 1.009.790.000 fr. Le prix de la journée est porté de 44 fr. à 65 fr. en médecine, et de 46 fr. à 67 fr. en chirurgie. Pour les malades payants et accidentés du travail, le prix sera de 71 fr. 42 en médecine et de 73 fr. 78 en chirurgie.

M. de Fontenay, rapporteur, rappelant qu'il a été hospitalisé, en 1937, 61.400 assurés sociaux, a protesté contre le mauvais vouloir des caisses des Assurances sociales lorsqu'il s'agit de rembourser les frais de traitement des assurés sociaux.

Ajoutons que l'hospitalisation des étrangers coûte 12 à 13 millions par an aux contribuables parisiens.

Hôpitaux psychiatriques. — Le *Journal Officiel* du 28 décembre publie, p. 14723, un décret relatif au recrutement et au statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques autres que la Seine.

Faculté de Médecine de Paris. — *Leçon inaugurale.* — M. Henri Mondor, professeur de pathologie chirurgicale,

fera sa leçon inaugurale le vendredi 20 janvier 1939, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Collège de France. — M. le professeur Leriche, titulaire de la chaire de médecine expérimentale au Collège de France et professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Strasbourg (cumul autorisé par décret du 1er juin 1938), vient de se faire mettre en congé pour un an. Ce délai lui permettra d'assurer son enseignement à Strasbourg en attendant de trouver à Paris ou dans le département de la Seine la clinique qui lui est indispensable pour poursuivre ses travaux.

Légion d'honneur. — Guerre (réserve) *avec traitement :*
Officier : médecin commandant Quentin.
Chevaliers : médecins capitaines Billot, Lagarenne, Bouchard, Coste, Soubiran, Sabadel, Menantaud, Petithomme, Vicherat, Renard, Vidal, Perineau, Fronteau, Buneau, Albert, Gérin, Puech (Albert), Dufour, Louvel, Fron, Baylac, Veil, Chrétien, Vinay, Landais, Piquet, Grunberg, Ducret, Dom, Daoulas, Auvigne, Boussange, Haushalter, Soulié, Archer, Hainault, Simon, Salmon, Guittard, Piéri, Gautret, Guillemin, Miguet, Auricombe, Prévot, Baranger, Vaissade, Saintorens, Bouys, Bouchon, Boucheron, Bourgas, Paret, Manhes, Sammuller, Gautier, Calamy, Labesse.
Troupes coloniales : Muselli.

Sans traitement :

Officiers : MM. Collin, Triqueneau, Monier-Vinard, de Brisson de Laroche, Antoine, Oster, Izard, Barthelemy, Renaud, Ameuille, Treille, Teulière, Le Cacheux, Dive, Maurer, Bureau, Arquembourg, Poujol, Gayet, Colson, Imbert, Rigaux, Castera, Mouret, Lubetzki, Cleineux (F.-J.).
Troupes coloniales : Sarrailhe et Penaud.
Chevaliers : MM. Diot, Lévy (M. M.), Clarac, Aris, Fabre, Gueugnon, Vuillecard, Estève, Ladjimi Mohamed, Bouchet, Champion.
Avec traitement. MM. Fonbeur-Bueli et Aloin.

Médaille des épidémies (Colonies). — *Médaille d'or :* le médecin inspecteur général Normet, les médecins généraux Passa et L'Herminier, le médecin colonel Muraz.
Médaille de vermeil : le médecin général Frontgous, le médecin lieutenant-colonel Peyre, le médecin capitaine Moreau.
Médaille d'argent : MM. Chesneau, Jeansotte, Chapuis, Pierre Nong.
Médaille de bronze : MM. Vu Ngoc Anh, Caro, N'Guyen-Vien-Hai, Théron, Charbonnier, Aballea, Beautes, Raoult, Campourey, Soubdé, Fimayer, Riou, Jouve, Minec, Farinaud, Russaouen, Rallu, Giordani, Brochen, Riou, Habert, Dorolle, Duliscouet, Mondain, Cauvin, Riu, Piclet, Wilson, Do Vong, Do Dang Phan, Hoang Ngoc Tan, Wong, Bui Duc Long, Nguyen Ba Tung, Tsin Kiodjon, Ravoajarison, Razakaboay, Ranaivoson.
Mentions honorables : MM. Quenardel, Vaisseau, Pham Ngoc Lon, Charrier, Dang Vu Hy, Nguyen Dinh Luyen, Ratsianoharana.

Académie de Médecine. — Commissions permanentes 1939. — *Hygiène et maladies contagieuses.* — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Marchoux, Brouardel, Lesage, Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon.
Eaux minérales. — MM. Siredey, Desgrez, Carnot, Tiffeneau, Radais, Le Noir, Rathery, Loeper, Villaret.
Vaccine. — MM. Martin, Petit, Nobécourt, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon, Guérin.
Hygiène de l'enfance. — MM. Marfan, Nobécourt, Renault, Marchoux, Couvelaire, Lesage, Lesné.

Sérums. — MM. Martin, Renault, Radais, Ramon, Weinberg.
Tuberculose. — MM. Marfan, Bezançon, Sergent, Renault, Mauclaire, Brouardel, Rist, Guérin, Ribadeau-Dumas.
Hygiène et pathologie exotiques. — MM. Vincent, Brumpt, Marchoux, Lapicque, Pettit, Perrot, Mathis, Rist, Debré, Lasnet, Tanon, Godart.
Institut supérieur de Vaccine. — Le Conseil et la Commission de la Vaccine.
Laboratoire de Contrôle des Médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Guillain, Tiffeneau et Milian.
Laboratoire des Contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Martin, Carnot, Delépine, Radais, Portier, Ramon, Mayer.
Comité de Publication. — MM. Achard, Sieur, Martin, Renault, Brouardel, Mauclaire, Pettit, Tiffeneau.
Commission du Dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Souques, Hartmann, Faure, Dumas, Lenormant, Villaret, Laignel-Lavastine, Duhamel.
Commission des Membres libres. — MM. les Membres de la Section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.
Commission des Associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Sergent, Faure, Regaud, Lapicque, Duval, Tiffeneau, Roussy, Bertrand.

Le docteur Ph. Roy, citoyen de Paris. — Le Conseil municipal de Paris vient de décerner à l'honorable Philippe Roy, docteur en médecine, ministre du Canada à Paris, le titre de citoyen de Paris. Juste hommage au grand ami de la France qui nous quitte dans quelques jours.

Cours d'Hydrologie thérapeutique et climatique. — M. le professeur Maurice Chiray commencera son cours le mercredi 11 janvier 1939, à 16 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera ses leçons, dans la même amphithéâtre, tous les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours sera complété par une série de vingt leçons d'Hydrologie thérapeutique et de Climatologie pratiques, avec présentation de malades, à l'Amphithéâtre de l'hôpital Bichat.

Une affiche ultérieure précisera les jours et le programme de ce dernier enseignement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE RADIOLOGIQUE DES GROS VAISSEAUX DE LA BASE DU CŒUR A L'AIDE DES MÉTHODES D'EXAMEN "EN COUPE"

PAR MM.

L. DELHERM, DEVOIS et Mme RULLIÈRE

Devant les brillants résultats donnés par les méthodes radiotomiques dans l'exploration pulmonaire, nous avons entrepris, dans le service de la Pitié, d'appliquer la tomographie à l'étude radiologique des gros vaisseaux de la base du cœur.

Cette orientation de nos recherches nous a été suggérée par la constatation fortuite, au cours d'un examen tomographique pulmonaire, d'une visibilité inhabituelle de l'aorte thoracique sur certains clichés. En comparant ces tomogrammes avec le film standard pris dans la même position, nous nous sommes rendu compte que sur ce dernier le contour aortique était à peine visible en raison des images de superposition.

En compulsant les dossiers du service, nous avons fait à plusieurs reprises la même constatation.

Devant ces faits, nous nous sommes demandés si la méthode d'examen « en coupe » ne serait pas susceptible de fournir des renseignements intéressants dans l'analyse de l'image médio-thoracique, en permettant de mieux individualiser que par les procédés ordinaires, le contour des gros vaisseaux de la base. Le médiastin est une des régions de l'organisme où les images de superposition sont les plus nombreuses et les plus complexes. C'est peut-être dans son exploration que l'absence de renseignements sur la profondeur respective des organes constitue le plus grave écueil des méthodes classiques.

On conçoit aisément l'intérêt d'une technique qui permet une analyse plan par plan, des différents étages du médiastin.

Peu de recherches systématiques ont été faites jusqu'ici dans ce domaine. Cependant, les Allemands, Chaoul en particulier, ont appliqué la tomographie à l'étude des hiles. Ils ont obtenu, grâce à cette méthode, une bonne visibilité des ramifications broncho-vasculaires.

Twining a mis en évidence une sténose de l'aorte grâce à la stratigraphie.

Certains auteurs ont pu individualiser des opacités médiastinales malaisées à délimiter.

C'est ainsi que M. Ronneaux a rapporté un cas dans lequel la stratigraphie lui a permis de poser un diagnostic certain de tumeur propre du médiastin alors que les clichés ordinaires montraient dans diverses positions une opacité impossible à dissocier de l'ombre cardio-vasculaire.

Nous avons entrepris, pour notre part, de tomographier les plans successifs du médiastin, centimètre par centimètre, et d'analyser les images obtenues.

Notre expérimentation a porté successivement sur des sujets normaux et sur des sujets porteurs de lésions vasculaires. Nous allons brièvement résumer les résultats que nous avons obtenus en appliquant la méthode d'examen en coupe.

1o Chez le sujet normal, des tomographies pratiquées en position traverse gauche nous ont permis une analyse radiologique très intéressante des éléments constitutifs du hile gauche : artère pulmonaire et bronche gauches avec leurs ramifications. Les images que nous avons obtenues correspondent tout à fait aux descriptions du hile gauche faites en 1922 par Delherm et Chaperon grâce aux opacifications de cadavres.

Nous avons pratiqué des « coupes » médiastinales intéressant les plans successifs de la région hilaire gauche de centimètre en centimètre. Nous avons vu apparaître, sur les coupes les plus profondes, la crosse de l'artère pulmonaire gauche chevauchant le tronc commun des bronches du lobe supérieur ; sur certains clichés, nous avons vu se dessiner très nettement toute l'artère pulmonaire gauche et ses ramifications dans le hile ainsi que les arborisations principales de l'arbre bronchique gauche.

Sur les coupes plus proches de la colonne vertébrale, l'artère pulmonaire gauche s'efface. Par contre nous voyons apparaître la crosse aortique et une partie de la descendante, intéressées par le plan de coupe, enfin la trachée.

Dans plusieurs cas nous avons réussi à visualiser toute l'aorte descendante jusqu'au diaphragme grâce à l'effacement des multiples images de superposition qui, dans les conditions ordinaires d'examen viennent noyer les contours vasculaires.

En position frontale également, nous avons pu individualiser l'aorte descendante de l'opacité cardiaque et la suivre jusqu'au diaphragme ce qui est impossible avec les méthodes classiques.

2o Chez les sujets pathologiques, les résultats de nos examens en coupe n'ont pas été moins intéressants.

M. le professeur Clerc a bien voulu s'intéresser à nos essais et nous confier des malades atteints de lésions vasculaires diagnostiquées. L'examen en coupe, nous a permis dans tous les cas, une localisation plus précise des lésions. Parfois, il nous a apporté des éléments nouveaux de diagnostic et nous a orientés vers de nouveaux problèmes d'interprétation.

Chez deux malades, nous avons mis en évidence sur des tomographies des plaques athéromateuses de l'aorte absolument invisibles sur les clichés ordinaires.

Chez une vieille femme de 80 ans, hypertendue, polyscléreuse, nous avons pu rejeter l'hypothèse d'ectasie localisée de l'aorte suspectée sur les radiographies standard.

Chez la même malade, nous avons obtenu une image de l'artère pulmonaire très opaque, probablement scléreuse, invisible dans les conditions normales d'examen.

Dans deux cas d'artérite pulmonaire, la tomographie nous a permis une analyse détaillée des différents segments du pédicule artériel pulmonaire dilaté dans son ensemble.

Chez un sujet de 40 ans, porteur d'un anévrisme aortique, la radiographie analytique a permis une localisation exacte de la poche sur des tomographies de profil.

Chez le même malade, l'existence d'une curieuse image de double contour de l'anévrisme, ébauchée sur le cliché standard de face a été vérifiée et précisée par des tomogrammes pratiqués dans différents plans.

La persistance de l'image et ses caractères, nous ont amenés à envisager, avec toute la prudence qu'il convient d'observer dans une telle interprétation, la possibilité d'un diagnostic radiologique très rare : celui d'anévrisme disséquant.

L'hypertension du malade, la présence de plaques athéromateuses mises en évidence par la tomographie seraient en faveur de ce diagnostic, d'après les descriptions des auteurs étrangers.

Pour terminer, nous signalerons un cas de tumeur médiastinale arrondie, dans lequel l'hypothèse de kyste dermoïde du médiastin émise par le docteur Strouzer a été renforcée par la mise en évidence, par la tomographie, d'inclusions calcaires, au sein de l'opacité.

Appareillage et technique utilisés dans nos examens.

Nos examens ont été pratiqués avec le planigraphe horizontal de Ziedses des Plantes construit par Massiot.

Nous avons utilisé le déplacement circulaire de l'ampoule, le diamètre du cercle décrit par le tube étant de 15 à 20 centimètres.

Position du sujet:

Décubitus dorsal ou latéral gauche, rayon normal centré sur le pédicule cardiaque. Nous avons pris nos tomogrammes en inspiration profonde dans le but d'augmenter le contraste. Nos coupes ont été pratiquées de centimètre en centimètre dans la région du médiastin. La hauteur des coupes est toujours calculée à partir du plan de la table, donc de la paroi du malade qui y repose (paroi postérieure ou latérale gauche).

Les constantes radiographiques ont été les suivantes :

Distance anti-cathode film : 1 mètre.

Intensité : 50 à 70 milliampères.

Temps de pose : 0,8 secondes à 1 seconde pour l'incidence antéro-postérieure, 2 à 3 secondes pour le profil.

Pénétration : 85 à 100 Kv.

Nos tout derniers clichés ont été sensiblement améliorés par l'emploi d'un étroit localisateur.

Notre expérimentation est beaucoup trop insuffisante pour qu'il nous soit permis d'en tirer des conclusions d'ensemble sur la valeur des méthodes radiotomiques dans l'exploration des gros vaisseaux de la base. Cependant, les premiers résultats que nous avons obtenus nous permettent d'espérer qu'elles sont susceptibles d'apporter un appoint des plus intéressants à l'exploration radiologique du médiastin sous réserve de la prudence qu'il convient d'observer dans l'interprétation des images « en coupe ».

(Travail du Service central d'Electro-Radiologie de l'Hôpital de la Pitié. Médecin-chef: Dr L. Delherm.*)*

Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses, par F. d'Hérelle. Un vol. de 416 pages, avec 4 planches. Chez Masson et Cie, 1938. Prix : 75 francs.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LA DÉFENSE PASSIVE ET LA PROTECTION DES DENRÉES ALIMENTAIRES

par M. L. Babonneix.

La défense passive est à l'ordre du jour. De récents événements ont montré son utilité et la nécessité, pour tous les médecins, d'en connaître au moins les grandes lignes. Dans la notice du 31 mars 1938, éditée par le Ministère de la Guerre, et qui concerne *l'organisation comme le fonctionnement des services sanitaires en matière de défense passive* (*Imprimerie Nationale*, in-8°, 233 p.), nous trouvons un chapitre relatif à la protection des denrées alimentaires qui nous paraît mériter une mention toute particulière.

I. — Technique de la protection.

Le choix d'un mode de protection des vivres contre les bombardements est fonction de plusieurs facteurs : la nature du péril à éviter; la souillure par des produits toxiques; la nature des aliments à protéger; le lieu dans lequel on aura installé la protection ; les possibilités matérielles et économiques.

Deux procédés peuvent être employés :

1° *Protection collective.*

a) *Dans les centres de préparation et de fabrication :*

1° *Les usines de fabrication ou de préparation de denrées alimentaires* (produits d'épicerie, conserves, café).

Lorsqu'elles sont importantes, elles seront protégées comme les établissements classés de première catégorie. On pourra prévoir des locaux étanches et éventuellement surpressés pour y abriter, sinon la totalité, du moins une partie des produits. Ces locaux seront soit construits de toutes pièces, soit réalisés par adaptation de locaux préexistants rendus étanches et protégés contre la destruction. Des abris devront être prévus pour le personnel.

Des mesures tactiques (dispersion en particulier) envisagées plus loin compléteront cette protection ou la faciliteront.

2° *Les centres de protection de viande.* — On doit connaître la difficulté de protection des animaux sur pied, aussi bien dans les étables, dont l'étanchéité et la ventilation sont difficiles à réaliser, que pendant leurs déplacements (gêne dans la mise en place et le maintien des masques destinés aux animaux).

Il est, de plus, sinon pratiquement impossible, du moins difficile, d'obtenir l'étanchéité des salles d'abattage même en milieu surpressé.

On ne pourra guère assurer la protection de la viande que dans des magasins spécialement construits ou aménagés.

Il semble que l'on doive rechercher, dans tous les cas, l'utilisation de la viande conservée par le froid (congélation ou réfrigération) et ce pour les raisons suivantes :

— Les installations frigorifiques sont déjà (dans le seul but d'assurer les conditions thermiques et hygrométriques) construites de telle sorte que les parois en sont épaisses et étanches, et qu'une ventilation en est assurée en permanence.

D'où la facilité d'adaptation de ces chambres frigorifiques pour la lutte contre les toxiques, grâce à ses systèmes filtrants ou autres.

La viande peut s'y conserver longtemps et des réserves importantes peuvent ainsi être réalisées dans une ville.

Enfin, la viande congelée ou frigorifiée est facilement transportable.

3° *Les farines (ou produits pulvérulents similaires)* exigent des moyens de protection spéciaux, car elles absorbent intensément les toxiques et, de plus, elles peuvent, en cas d'emploi de bombes incendiaires, être la cause d'explosions et d'incendies redoutables. En outre, elles ne peuvent être conservées en milieu clos. On devra s'efforcer de réaliser des abris souterrains avec surpression permettant à la fois la conservation et la protection.

Dans l'impossibilté de construire de tels locaux, on devra utiliser les moyens de conditionnement de protection *fragmentaire* par emballage.

4° Les *liquides* sont assez facilement mis à l'abri de l'imprégnation toxique grâce à leur stockage ou leur conservation dans des récipients étanches, soit de grand volume (cuves en ciment, citernes, foudres), soit de volume réduit (tonneaux) dont les parois, si elles ne sont pas d'emblée imperméables aux toxiques, pourront facilement être modifiées et rendues imperméables.

5° L'*eau* ne sera protégée qu'avec de grandes difficultés. Il est en effet nécessaire de prévoir des moyens propres à éviter la contamination à la source, dans les canalisations, aux points de prélèvement par les habitants (puits, fontaines) et l'on conçoit la complexité d'une telle protection.

En fait, on devra, d'une part, établir des réserves d'eau dans des récipients parfaitement étanches, d'autre part, assurer le contrôle incessant de l'eau de boisson quant à sa souillure et sa désinfection éventuelle — tous problèmes qui sont étudiés dans un autre chapitre (1). Dans les grandes villes, les grands réservoirs d'alimentation en eau sont à surveiller tout particulièrement, non seulement en raison d'une attaque directe par bombes explosives, mais aussi en raison d'une souillure toxique due à l'action directe d'agents à la solde de l'ennemi.

b) *Dans les dépôts ou magasins de réserve.* — Les aliments stockés seront placés, si possible, dans des abris spécialement construits, résistants, étanches, ventilés et surpressés le cas échéant. Le plus souvent, on adaptera des locaux préexistants en renforçant les parois par des sacs de sable, en supprimant les matériaux combustibles autant que faire se pourra, en particulier dans les toitures, en obturant les fentes ou interstices avec des bandes de papier silicaté.

Parfois, si l'on n'a pu construire ou adapter un local convenable, certaines denrées alimentaires pourront être disposées au dehors en un tas de forme conique sur lequel on disposera un matelas de foin de dix centimètres d'épaisseur et au-dessus une bâche ordinaire ou mieux une toile huilée (de conservation assez difficile et dont le prix de revient est élevé).

Pour tous ces dépôts, la *tactique* de la dispersion viendra suppléer à la *technique irréalisable* souvent sur place.

(1) L'eau contaminée ne peut être utilisée ni pour la boisson, ni pour les ablutions sans épuration préalable. Si l'eau a un fort courant, elle s'épure peu à peu ; il n'en est pas de même des eaux stagnantes.

L'épuration de l'eau souillée d'arsines (lewisite) par simple ébullition est impossible.

L'eau ypéritée, inoffensive après une ébullition prolongée durant au moins 60 minutes, reste écœurante et pratiquement imbuvable. Certains charbons actifs peuvent être utilisés pour assurer la potabilité de l'eau ypéritée. Mais, en aucun cas, il ne saurait être question d'utiliser à cet effet la cartouche d'un masque filtrant.

La question de l'épuration des eaux souillées par les arsines n'est pas encore résolue.

Notons enfin que les procédés d'épuration bactériologiques (javellisation, ozonisation, permanganates, etc.) n'ont donné que des résultats insuffisants.

c) *Dans les centres de vente.* — Les marchés devront vraisemblablement être supprimés dans les points sensibilisés, l'exposition à l'air des vivres, les rassemblements offrant des risques d'intoxication trop grands.

Les petits magasins s'efforceront d'obtenir une protection dans le cadre de celle réalisée dans les immeubles.

d) *Les centres de consommation.* — Leur protection s'intègre dans celle des locaux à usage collectif. Il serait désirable que les cuisines fussent installées de telle façon qu'une étanchéité au moins relative puisse y être obtenue. Elles seront le plus souvent évacuées pendant un bombardement.

Pour une collectivité dont le repas serait en cours de cuisson, la plus grande prudence s'imposera ultérieurement dans l'utilisation des mets préparés.

e) *Dans les abris.* — Prévoir un local ou coffre spécial pour mettre les aliments à part en évitant, d'une part, leur altération par la vapeur d'eau et le gaz carbonique dégagé, d'autre part, leur influence fâcheuse sur l'atmosphère de l'abri en raison de leur odeur, de l'oxygène qu'ils absorbent et du gaz carbonique que certains produisent.

f) *Pendant les transports*, on peut concevoir les moyens de protection à appliquer :

— à l'arrivage des vivres dans une ville :

par voie d'eau : pour les ports exposés le plus souvent aux bombardements, on devra organiser un système protecteur pour les bateaux — et pour les docks avec air surpressé. Il y a lieu de noter que les installations dites « rat-proof » des navires et des magasins des ports, par l'étanchéité qu'elles réalisent, faciliteront l'adaptation rapide à la lutte contre les toxiques ;

par voie de terre : pour les gares points-cibles dont la protection, difficile à établir, sera suppléé par des mesures tactiques de décentralisation.

Pour les trains, il paraît suffisant d'adapter les wagons en les rendant étanches. Du fait que ces wagons n'auront, le plus souvent, qu'à traverser une vague toxique ou un bombardement et qu'ils pourront être éloignés rapidement des zones dangereuses, il semble qu'il ne soit pas absolument indispensable de les doter d'un système de surpression.

A travers la cité, les transports devront s'effectuer dans des voitures de préférence automobiles, dont les parties occupées par les vivres auront des parois étanches spécialement construites ou adaptées par imperméabilisation au moyen de peintures ou revêtements spéciaux. Un dispositif de surpression sera aussi installé.

Mais la difficulté d'obtenir de tels véhicules en nombre suffisant, les dangers du stockage des denrées alimentaires en grandes quantités et les obstacles à leur conservation, enfin la nécessité de pouvoir transporter ou déposer des vivres en n'importe quel lieu exposé, amène à envisager le moyen très utile de protection que réalise l'*emballage des denrées* sous faible volume, c'est-à-dire leur protection « individuelle ».

2° *Protection individuelle ou des vivres « au détail ».*

Elle met l'aliment à protéger dans une enveloppe imperméable aux toxiques solides, liquides ou gazeux. On peut distinguer parmi ces emballages :

a) *Enveloppes rigides* (1) :

Caisses, boîtes, fûts, tonneaux, bidons dont les matières diffèrent ainsi que le procédé d'obturation. On pourra utiliser comme matériaux :

(1) Les matériaux destinés à la protection individuelle (enveloppes rigides ou souples) ne seront considérés comme efficaces qu'après examen et agrément des services techniques.

— le bois, mais recouvert de peinture spéciale ou de caoutchouc chloré;

— les métaux : aluminium, fer-blanc, aciers inoxydables, mais on devra, le plus souvent, enduire la surface du métal d'un revêtement la protégeant : peintures ou laques spéciales, vernis;

— le verre réalise un excellent moyen de protection, mais il voit son emploi limité par sa fragilité et les dimensions restreintes des récipients fabriqués.

L'obturation sera obtenue :

— de façon parfaite avec des luts spéciaux, des capsules métalliques, ajoutés à des systèmes d'obturation parfaitement adaptés : type boîte de peinture pour les récipients de métal; de façon moins efficace par des enduits de paraffine, de mastic, un papier silicaté.

b) *Enveloppes souples* (1). — Elles seront fabriquées :

— soit avec des toiles serrées, mais imperméabilisées avec un enduit protecteur (toile huilée par exemple, de conservation précaire et de prix élevés);

— soit avec des feuilles de cellophane (cellulose régénérée plastifiée à la glycérine) très imperméable, des feuilles d'acéto-cellulose recouverte de vernis;

— soit, plus simplement, du papier sulfurisé véritable, d'emploi plus commode et moins onéreux;

— les joints seront étanches et réalisés avec :

— une plicature spéciale;

— une colle type Hutchinson.

On devra toujours employer des sacs à *double paroi.*

Cette protection de vivres fragmentés en petite quantité permettra de réaliser de petits lots que des sujets employés à la défense passive (détection, désinfection, transport) pouront emporter avec eux dans un sac. Il sera bon de les munir aussi d'une pélerine de protection assurant, en outre, une protection globale des vivres.

II. — TACTIQUE DE LA PROTECTION

Elle se propose d'indiquer les moyens de disposer et d'employer les systèmes de protection des denrées.

Cette tactique comprend essentiellement la dispersion et la défense sur place.

1° *Dispersion et repliement.* — On devra s'efforcer surtout dans les villes sensibilisées de décentraliser, d'évacuer les usines et magasins importants; de les installer en des zones peu vulnérables du territoire et, dans ces zones mêmes, de les disséminer, de les émietter pour ne pas reproduire à nouveau une « cible » intéressante pour l'aviation ennemie.

Les lieux de repliement choisis à l'avance seront établis sur des hauteurs de préférence à des vallées, où peuvent s'accumuler les toxiques.

Les locaux de repliement seront très fragmentés et disposés perpendiculairement au sens du vent dominant.

Le transport vers ces zones de repli se fera soit avec des automobiles, trains ou péniches, rendus étanches par milieu surpressé, soit avec des voitures ordinaires, mais après conditionnement des vivres et emballage spécial.

2° *Protection sur place.* — Elle comprendra :

— la construction et l'adaptation des locaux et leur contrôle;

— l'organisation d'un service d'alerte donnant toutes indications pour la mise à l'abri sur place ou le repliement éventuel;

— l'éducation du personnel et de quelques auxiliaires spéciaux appliquant les mesures de protection dans chaque usine ou magasin de vivres.

Enfin toute l'organisation de la détection et de l'examen avant récupération.

(1) Voir note précédente.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1938

Faut-il rééduquer les gauchers ? — Mlle Vera KOVARSKY estime que l'interdiction faite à un enfant gaucher de se servir de la main gauche provoque toujours chez lui des troubles fonctionnels qui en font un inadapté scolaire.

Les troubles d'origine psychogénique particuliers aux gauchers contrariés sont des troubles fonctionnels curables en laissant le gaucher se servir de la main gauche.

Données sur la morphologie du virus de la fièvre jaune et sur la morphologie des inclusions qu'il provoque dans les tissus. — M. S. NICOLAU.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1938

Sur l'action de la pepsine sur les anticorps antipneumococciques. — M. P. GRABAR.

Sur les facteurs d'apparition des épidémies de paludisme en Algérie. — MM. L. PARROT et A. CATANEI.

Les constatations des auteurs tendent à confirmer la notion que la prémunition au sens de MM. Edmond Sergent, L. Parrot et A. Donatien, c'est-à-dire la résistance de l'organisme infecté à la pullulation endogène des parasites paludéens et aux réinoculations exogènes, s'établit dans les populations indigènes blanches de l'Algérie, généralement aux environs de la dixième année d'âge.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1938

Sur une nouvelle méthode de séparation quantitative des composés alcooliques. — MM. G. SANDULESCO et André GIRARD.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1938

Sur divers aspects de la dépense azotée dans l'occlusion intestinale expérimentale chez le chien. — MM. R. FONTAINE, R. GUILLEMET, P. MANDEL et P. BRANZEU.

Action du zinc sur les effets de la testostérone et des prolans. — MM. A. URBAIN, R. CAHEN, Mlle M. A. PASQUIER et M. J. NOUVEL.

Etude physicochimique de l'élimination urinaire chez un diabétique dans le fonctionnement hycthéméral. — MM. J. CHAUSSIN et L. LESCOEUR.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1938

Influence de régimes producteurs d'avitaminose B totale ou de déséquilibre minéral sur la composition du muscle de pigeon. — MM. Raoul LECOQ et Roger DUFFAU.

Sur les effets hypotenseurs et vaso dilatateurs de la cryptolépine, M. Raymond HAMET.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1938

Election. — M. Israël Holmgren a été élu correspondant pour la section de Médecine et de Chimie en remplacement de M. I. Pavlov, décédé.

Etude de l'action de la quinine sur les amibes : pénétration cellulaire et toxicité. — MM. Guillaume Valette et René Rollé.

Détermination de la constante de sédimentation de l'hémolysine. — M. Mladen Paic.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE CLAIRVIVRE

Il y a quelques années, le 11 octobre 1933, nous parlions ici même de Clairvivre : c'est donc une suite lointaine, si la fin paraît devoir être prochaine.

Nous émettions quelques doutes sur l'opportunité de l'institution, du terrain choisi, sur la légitimité de certaines prodigalités...

Les faits se sont chargés de transformer nos doutes en certitudes et nous en trouvons l'expression dans le rapport de la Cour des Comptes publié dans le *Journal Officiel* du 15 décembre 1938. Certaines conclusions valent d'être reproduites.

« Les bâtiments n'abritent plus guère, à l'heure actuelle, que quelques anciens combattants et un certain nombre de bénéficiaires des Assurances sociales ou de l'Assistance publique ; la plupart des pavillons sont inoccupés et plusieurs abandonnés. Ainsi, ce village, expérience de rééducation des tuberculeux de guerre, dont le cadre familial se trouve détourné de sa destination première, puisqu'il n'est plus qu'une vaste propriété à l'usage exclusif de la Fédération qui en use à sa guise et sans aucun contrôle.

« La Fédération, dans son rapport financier pour 1937, a dû elle-même reconnaître que l'exploitation de Clairvivre s'était traduite, pour ladite année, par un déficit de près de 700.000 francs.

« La construction de Clairvivre apparaît ainsi comme une entreprise mal conduite et dans laquelle près de 60 millions ont été engloutis pour un résultat qui, à en juger par la situation actuelle, semble plutôt décevant. »

On peut se demander ce que peuvent gagner à être hospitalisés dans des conditions aussi défavorables « un certain nombre de bénéficiaires des Assurances sociales ou de l'Assistance publique » ; seraient-ils envoyés là pour justifier cette fondation ?

Quant au « résultat décevant », il pouvait être prévu dès 1933 ; malheureusement les « Clairvivre » sont légion et représentent un nombre considérable de millions engloutis en pure perte.

Ce fut une longue suite d'erreurs et il conviendrait qu'on en restât là et que l'argent des contribuables ainsi gaspillé une première fois, ne le fût pas une seconde fois pour renflouer de telles entreprises, comme il fut dernièrement question de le faire pour un dispensaire du XIXe arrondissement et pour la Renaissance sanitaire, de si fâcheuse mémoire.

A. Herpin.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies des nourrissons et des enfants, par M. Germain Blechmann, 2e édition revue et complétée; avec la collaboration de Mme le Dr J. H. Montlaur et du Dr M. Martiny. *Les consultations journalières*, G. Doin et Cie, éditeurs. Paris, 1939, petit in-18 de 518 p.

Il y a des *Traités de médecine des enfants* savants et doctes à souhait, et où l'érudit est sûr de toujours trouver — parfois avec quelque peine — le renseignement demandé. Il y a aussi des ouvrages plus courts, plus maniables, et qui, par le talent de la présentation comme par le sens de la réalité, acquièrent d'emblée la faveur du praticien. Tel est le livre intitulé : *Nourrissons. Enfants*, qu'il y a douze ans, Germain Blechmann avait publié à la librairie Doin. Il faut croire qu'il répondait à un besoin, puisqu'il reparaît

aujourd'hui, qu'il a passé de 387 à 518 pages et que le texte en a été profondément remanié. Depuis 1926, la médecine infantile n'a-t-elle pas marché à pas de géant ? Les *Assises de médecine générale française* avec leurs passionnants débats sur les convulsions, la consanguinité, la pyélonéphrite, les *Journées de Paris* sur les Hormones, les *Conférences internationales de pédiatrie préventive*, ne sont-elles pas en train d'en renouveler la face ? De nouvelles maladies ont occupé la scène : l'acrodynie, les érythroblastoses; de nouvelles thérapeutiques aussi, qui utilisent, entre autres le carbogène et les sulfamides. Quelle occasion pour nous donner une nouvelle série de ces excellentes *consultations journalières*, dépouillées de toute documentation, mais pratiques, directes, d'un intérêt immédiat ! Le médecin n'a qu'à feuilleter la table des matières pour se procurer, dans un minimum de temps, tous les renseignements nécessaires. Quelle joie pour nous de dire, du livre d'un vieil ami, tout le bien que nous pensons de l'un et de l'autre !

Une spiritulle lettre-préface du Dr Paul Durand, de Courville, un chapitre très documenté de Mme J. Montlaur, sur la *syphilis héréditaire du nourrisson*, un *formulaire d'homœopathie*, par M. Martiny, complètent cet ouvrage écrit pour les praticiens militants par un praticien qui a su se faire un grand nom en s'occupant des tout petits.

L. BABONNEIX.

PRATIQUE MÉDICALE

Vitamine C (acide ascorbique). Son rôle dans les phénomènes d'intolérance divers, par le docteur J. Bénech (1), ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, médecin-chef de la Fondation Victor-Poirel (Nancy-Rosières) et du dispensaire de salubrité de Nancy.

L'auteur indique minutieusement la manière de recherche des hypovitaminoses C chez les malades, et en particulier chez les enfants. Le procédé consiste à titrer l'élimination de l'acide ascorbique dans l'urine, ensuite, à administrer par voie buccale, une dose relativement forte, par exemple 200 à 300 mgr. d'acide ascorbique (4 à 6 comprimés de laroscorbine) et de doser à nouveau l'élimination urinaire. Si le malade avait suffisamment de vitamine C, il éliminerait rapidement l'excès dans l'urine. Si, par contre, il était en état d'hypovitaminose, l'acide ascorbique serait retenu et sa concentration n'augmenterait pas dans l'urine. Cette épreuve est complètement inoffensive, puisque l'acide ascorbique est supporté à dose beaucoup plus forte par de très jeunes enfants.

Chaque fois qu'il sera loisible de le faire, l'auteur pense qu'il serait utile de faire les réactions diverses et simples avec le dichlorophénol-indophénol, car ces réactions permettraient de voir si les intolérants sont en état d'hypovitaminose et quel rôle jouent ces hypovitaminoses dans les phénomènes observés.

En un mot, il faut rechercher les limites des hypovitaminoses et leur retentissement à tous les degrés sur l'organisme et il faut retenir de ces quelques notes jetées sur l'intérêt de la recherche des hypovitaminoses que la vitamine C (laroscorbine) est un médicament d'une activité surprenante, dont les indications s'amplifient chaque jour, avitaminose C, scorbut, états de pré-carence, asthénie, hémorragies, dystrophies osseuses et dentaires, maladies infectieuses, intoxications, maladies de l'œil et de ses annexes, infections des capsules surrénales, anaphylaxies et, comme l'ont signalé Chapman, Daïnow, Vauthey et comme l'auteur vient de le démontrer, désensibilisation, atténuation du choc anaphylactique, etc...

(1) *Concours médical.* Paris, n° 12, 1938.

CALENDRIER DES CONGRÈS
ET DES MANIFESTATIONS MÉDICALES

(Cette liste provisoire sera revisée quand tous les renseignements nous seront parvenus.)

1939

14 janvier. — Paris. Xe anniversaire de la mort de F. Widal. Hop. Cochin. 11 heures.

8 janvier. — Paris. Assemblée française de médecine générale. (Cancer de l'utérus.)

25 janvier. — Paris. Académie de chirurgie, séance annuelle. (3e séance de l'année.)

19 février - 5 mars. — Paris. XIXe salon des médecins, 21, faubourg Saint-Honoré. Sec. gén. : docteur P.-B. Mallet, 67, avenue Pierre-Larousse, Malakoff (Seine).

4 mars. — Paris. Bal pour les orphelins de la médecine française.

15 mars. — Paris. Célébration du cinquantenaire de l'Institut Pasteur.

11-13 avril. — Lille. IXe Congrès national de la tuberculose.

7-15 mai. — Washington. Xe Cong. Int. de Médecine et de Pharmacie militaires. Sec. Gén. : Colonel Harold W. Jones, 7 th St. and Independence Av. Washington, U.S.A.

15-20 mai. — Rome. IVe Congr. Int. de pathologie comparée. Prés. SE. Rondoni. Secr. gén. : Consiglio Naz. delle Ricerche. Piazzale delle Scienze, Roma.

18-21 mai. — Paris. Congrès intern. de la médecine d'assurance-vie. Sec. gén. : M. P. A. Carrie, 8, rue de Belloy, Paris.

27-29 mai (Pentecôte). — Vittel. Congrès de la Diurèse. Prés. prof. Rathery. Secr. gén. : M. Frisch, Vittel (Vosges).

Pentecôte. — Lille. VIIIe Congrès français de gynécologie. Prés. : docteur X. Bender. Sec. gén. : docteur Maurice Fabre.

Pentecôte. — Journées orthopédiques Suisses.

Mai. — Paris. LIIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie.

Mai. — Lille. Journées médicales de la Faculté libre.

22 juin. — Paris. Cinquantenaire de la Société française de Dermatologie.

24-28 juin. — Liége. XVIIIe Journées médicales de Bruxelles (à l'occasion de l'Exposition de l'eau à Liége). Prés. prof. Reneaux. Sec. gén. : R. Beckers, 141, rue Belliard, Bruxelles.

Juin. — Paris. XVIIIe Réunion neurologique internationale.

23-30 août. — Edinbourg. VIIe Cong. Int. de Génétique. Prof. Crew. University of Edinburgh.

Eté. — Berlin. XIe Conférence de l'Union internationale contre la Tuberculose.

Eté. — New-York. IIe Congrès Int. de cosmobiologie.

2-9 septembre. — New-York. IIIe Cong. Int. de microbiologie. Prés. T. M. Rivers. Sec. gén. : M. H. Dawson, 620 West 16th St., New-York.

9 octobre. — Paris. XLVIIIe Congrès français de chirurgie. Prés. Albert Mouchet (Paris); vice-prés. J. de Fourmestraux (Chartres); sec. gén. : M. Mondor (Paris), 12, rue de Seine.

9 octobre. — Paris. Congrès français d'urologie. Prés. prof. Duvergey (Bordeaux). Sec. gén. : M. Louis Michon, 34, boulevard des Invalides, Paris-7e.

13 octobre. — Paris. Congrès français d'Orthopédie et de Traumatologie. Prés. M. Rocher, secr. gén. M. Richard (Berck).

Octobre. — Paris. IVe Cong. des médecins électro-radiologistes de langue française.

Octobre. — Paris. XXVe Congrès français d'hygiène. Sec. gén. : M. Dujarric de La Rivière. Institut Pasteur.

Sans date. — Berlin. Cong. Int. de clinique orthopédique et de traumatologie. Prés. prof. Goelst (Berlin); vice-prés. M. Haglund (Suède).

Sans date. — Lausanne. XIe Congrès de l'Association des Gynécologues et obstétriciens de langue française.

Sans date. — Liége. IVe Congr. Int. de Graphologie Mme Grondhout, 122, av. Emile-Max, Bruxelles.

Sans date. — Utrecht. VIe Cong. de la Societa oto-rhino-laryngologica latina. Prés. : prof. Guix.

1940

Mai. — Bruxelles. Union Thérapeutique. Prés. prof. Zünz.

Juin. — New-York. Cong. Int. du rhumatisme.

Juillet. — Bruxelles. Association Stomatologique intern. Prés. prof. Van Mosenck (Louvain).

Fin juillet. — Paris. IIe Congrès Int. de pyrétothérapie. Prés. prof. Abrami. Sec. gén. : Ch. Richet et André Halphen, 229 bis, rue Marcadet, Paris-18e.

Septembre. — New-York. Xe Cong. Int. de Dermatologie et de Syphiligraphie. Prés. docteur Olivier S. Ormsby. Sec. gén. : M. Paul A. O. Leary Mayo clinic, Rochester, U.S.A.

Sans date. — Londres. IIIe Congr. Int. de gastro-entérologie. Prés. : Sir A. Hurst (Londres). Sec gén. : docteur Brohée (Bruxelles).

1941

Leipzig. — IIe Cong. Int. de psychiatrie infantile. Sec. gén. : docteur Louis Michaux, Paris.

Stockholm. — Cong. Int. de chirurgie. Prés. : Léopold Mayer (Bruxelles). Sec. gén. : L. Dejardin (Bruxelles).

1942

Septembre. — Liége. Cong. Int. de Stomatologie et Congrès français de Stomatologie.

Rome. — Congrès Intern. de Gynécologie.

1943

Juin. — Paris. IIe Cong. Int. de la Lèpre. Prés. : M. Marchoux.

PROCHAINS ANNIVERSAIRES

1939. — 14 janvier, Xe anniversaire de la mort de Widal. Centenaire de la naissance de Dieulafoy. — De la naissance de Cohnheim (de Leipzig).

1940. — Centenaire de la naissance de Kernig (de Saint-Pétersbourg), d'Erb (d'Heidelberg).

1941. — Centenaire de la naissance de Farabeuf, de Hayem, de Le Dentu, de Kocher (de Bâle), d'Astley-Cooper (Angleterre), de Hansen (Norvège) (qui découvrit le bacille de la lèpre).

1942. — Centenaire de la mort de Dominique Larrey chirurgien en chef de la Grande Armée.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

Assemblée française de médecine générale :

XXXIVe session (décembre 1938-janvier 1939) : *Le cancer de l'utérus* (répartition locale et régionale; diagnostic précoce et traitement).

XXXVe session (février-mars 1939) : *Méningites cérébro-spinales* (étiologie, pronostic et traitement).

XXXVIe session (avril-mai 1939) : *Traitement des varices et de leurs complications.*

Congrès français de chirurgie (octobre 1939). — 1° *Traitement des troubles des fonctions thyroïdiennes.* MM. Petit-Dutaillis (Paris); Peycelon (Lyon); 2° *Des anastomoses bilio-digestives. Résultats éloignés.* MM. Soupault (Paris); Mallet-Guy (Lyon); 3° *Les Endométriomes.* MM. Pierre Brocq (Paris), Delannoy (Lille).

Question mise à l'ordre du jour pour 1940 : *Embolies pulmonaires post-opératoires.* MM. Redon (Paris), Fontaine (Strasbourg).

Congrès français d'urologie (octobre 1939) — 1939. *Résultats de la néphrectomie pour cancer.* M. de Berne-Lagarde. — 1940. *Physiologie pathologique et résultats de la néphrostomie.* MM. Auvigne (Nantes) et Viollet (Limoges).

Congrès français d'orthopédie octobre 1939). — 1° *Les arthrites chroniques non tuberculeuses de l'épaule et du genou.* MM. Guérin et Pouyanne (Bordeaux); 2° *Les fractures intra-articulaires des plateaux tibiaux.* Un rapporteur parisien sera ultérieurement désigné.

Une question pour 1940 a été choisie : *La réparation osseuse des fractures fermées des membres.* M. Clavelin (Armée).

Congrès international de clinique orthopédique et de traumatologie. — Berlin, 1939. 1° *Résultats du traitement sanglant et non sanglant des luxations congénitales;* 2° *Traitement des fractures du col du fémur.*

Congrès national de la tuberculose. Lille 1939. — 1° *Question biologique* : Caractères distinctifs et rôle des divers types bacillaires autres que le bacille humain dans l'infection tuberculeuse de l'homme; 2° *Question clinique* : Les exsudats puriformes et purulents du pneumothorax thérapeutique et leur traitement ; 3° *Question médico-sociale* : La prophylaxie antituberculeuse par les examens systématiques des collectivités.

Congrès international de la médecine d'assurance-vie. Paris, 1939. — *Tuberculose pulmonaire et Assurance-Vie.* Rapporteurs : Dr Courcoux (Paris); Prof. G. Malan (Turin) et Dr Riciotti (Rome); *L'hyperthyroïdisme dans l'Assurance-Vie.* Rapporteurs : Prof. L. Dautrebande (Liége); Dr Ch. Aubertin (Paris); *L'influence de l'obésité dans l'Assurance-Vie.* Rapporteurs : Prof. Marañon (Madrid); Dr M. Shaw (Londres); *L'importance du tabagisme dans l'Assurance-Vie et dans la Médecine préventive.* Rapporteurs : Prof. H. Bergstrand (Stockholm); Prof. Külbs (Cologne); Prof. von Bergman (Berlin); *L'albuminerie dans l'Assurance-Vie.* Rapporteur : Prof. Volhardt (Francfort); Dr Cavalie (Milan) et Dr A. Starna (Rome); *Valeur de la statistique dans l'Assurance-Vie.* Rapporteurs : Dr Wireman Cook (Minneapolis); Prof. L. Winternitz (Trieste) et Dr P. Trottarelli (Rome); Dr J. Siegenbeck Van Henkelom (Rotterdam); Dr Stévenin (Paris).

Société française de Dermatologie. — *Le rôle du sympathique dans les accidents de la chimothérapie arsenicale.* Rapporteurs : M. Tzanck, M. Rivalier.

XIe Congrès de Stomatologie, 1940. — Rapports du Dr Landais (Nantes), *la chirurgie restauratrice de la mandibule;* du Dr Marie, *le rôle des vitamines en Stomatologie.*

Question mise en discussion : *La prothèse squelettée,* par le Dr Minière (Rouen).

Société internationale de gastro-entérologie. Londres, 1940. — 1° *Rapports des maladies des voies digestives et du sang;* 2° *Les iléites.*

Congrès international du Rhumatisme. New-York, 1940. — 1° *Le rôle de l'infection dans les maladies rhumatismales;* 2° *L'alimentation dans le rhumatisme;* 3° *La portée sociale de l'orthopédie dans les affections rhumatismales.*

Congrès international de Chirurgie. Stockholm, 1941. — 1° *La maladie post-opératoire;* 2° *Le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire;* 3° *Les suites éloignées des interventions sur les voies biliaires.*

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES TRAUMATISMES DU COUDE CHEZ L'ENFANT

EXAMEN CLINIQUE

Tout coude traumatisé chez l'enfant doit être systématiquement et minutieusement examiné. Un diagnostic anatomique exact doit être posé, un traitement correct institué, d'où dépend le pronostic de l'articulation.

Commémoratifs :

Comment s'est produit l'accident ?

Violence, direction, point d'application du traumatisme: coude, avant-bras, paume de la main.

Inspection. — Les deux bras, comparativement.

Rechercher : gonflement, ecchymoses, déformations, déviation de l'avant-bras en valgus ou varus, tuméfaction dont il faut situer le niveau par rapport au pli du coude.

Palpation. — Recherche prudente d'un point douloureux, de la saillie d'un fragment. Parfois perception, sans la rechercher, d'une mobilité anormale, de crépitation.

Surtout rechercher et situer les trois repères classiques du coude : épitrochlée, épicondyle et olécrâne. Normalement :

— En flexion à angle droit, les trois repères sont dans le même plan frontal.

— En extension, ils sont sur une même ligne horizontale.

Recherche des mouvements actifs et passifs.

Radiographie. — Enfin, face et profil, les deux coudes sous le même angle et sur le même cliché. Savoir interpréter ces radiographies, d'aspect variable suivant l'âge :

— A 4 ans, le point d'ossification du condyle chirurgical externe est séparé de la diaphyse par un cartilage partant au-dessus de l'épicondyle pour aboutir à l'angle trochléo-épitrochléen.

— A 6 ans apparaît un point épitrochléen qu'une ligne claire sur le cliché sépare de la palette humérale.

Enfin, de face, la palette humérale apparaît comme une fourche entourant une zone plus transparente : la portion amincie par les fossettes olécrânienne et coronoïdienne.

TRAUMATISME RECENT

Cet examen peut aboutir à deux conclusions :

— Une fracture, éventualité la plus fréquente chez l'enfant.

— Une luxation, beaucoup plus rare que chez l'adulte.

A) *Il existe une grosse déformation.*

1) *Fracture transversale supra-condylienne.* — Fréquente et grave. La palette s'est rompue au point faible : portion amincie par les deux grandes fossettes.

L'avant-bras est en demi-flexion. Toute la région est tuméfiée, et il est difficile de bien situer les repères osseux, qui d'ailleurs, sont en position normale.

Deux tuméfactions apparaissent à l'inspection de profil :

— L'une, antérieure, située au-dessus du pli du coude.

— L'autre, postérieure, qu'on reconnaît due à une saillie exagérée de l'olécrâne.

Une déviation latérale accompagne le plus souvent ces déformations.

La palpation retrouve une zone douloureuse au-dessus du pli du coude et, sans qu'on la recherche, découvre la mobilité anormale.

Deux à trois jours après l'accident, un excellent signe : l'ecchymose linéaire transversale.

La radiographie confirme un diagnostic facile.

— De face : le trait de fracture, les déviations latérales.

— De profil : la diaphyse est le plus souvent en avant de l'épiphyse.

2) *Luxation vraie du coude en arrière.*

Le coude est à angle droit, augmenté de volume, épaissi d'avant en arrière. Aucune ecchymose n'apparaît.

En avant, comme précédemment, une tuméfaction, mais située en dessous du pli du coude.

Les trois repères sont facilement trouvés :

— En flexion, l'olécrâne est en arrière du plan de la palette.

— En extension, si elle est possible : l'olécrâne est ascensionné.

Le tendon du triceps fait saillie au-dessus de lui et dans les dépressions latérales :

— En dedans, on sent parfois le fond du crochet sigmoïdien.

— En dehors, la cupule radiale fait nettement saillie.

La radiographie de profil apporte confirmation du diagnostic.

3) *Association* possible de luxation et de fracture de la coronoïde : la déformation se réduit aisément et se reproduit aussitôt.

Quel que soit le diagnostic auquel on aboutit, se méfier dans ces gros traumatismes des lésions vasculo-nerveuses : médian, cubital, artère humérale et craindre, malgré un traitement correct, l'apparition secondaire d'un syndrome de Volkmann.

(A suivre.) PIERRE SAGAUT.

BIBLIOGRAPHIE

Pallas. — La seizième livraison, magnifiquement illustrée, de *Pallas* (1), apporte des articles d'un intérêt exceptionnel. Voici d'abord l'œuvre africaine de M. le professeur Perrot. C'est un récit des différentes missions accomplies en Afrique française, par ce savant qui depuis plus de trente ans a consacré tant d'efforts à la mise en valeur de notre Empire. L'éminent journaliste Henri Bouquet raconte ensuite avec beaucoup de verve et une documentation très riche ses souvenirs sur la vieille Pitié. Mme Blanche Vogt consacre d'élégants commentaires aux vacances. Signalons deux articles d'une belle actualité. L'un de notre ami Ogliastri de Gentile sur *notre* Corse, et des souvenirs de M. Bunau-Varilla sur une grande œuvre française, le canal de Panama. Je devrais encore vous parler des Épilogues du docteur J. Crinon, mais vous voudrez les lire et vous aimerez le langage clair, un peu rude de ce terrien issu comme le professeur Perrot « d'une lignée de Français habitués à servir honnêtement leur pays. »

(1) Pallas, III, boulevard Magenta, Paris (10e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris

N° 2. — SAMEDI 7 JANVIER 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

La fossette coccygienne constitue-t-elle un stigmate de nature hérédo-syphilitique certaine ? par M. André P.-L. BELEY.

CONGRÈS.

XXVe Congrès de médecine (à suivre).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prix proposés pour l'année 1939.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un *concours pour deux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris* s'ouvrira le 17 mars 1939, à 9 heures du matin, à la salle des concours de l'administration, 2, rue d'Arcole.

Inscriptions du 20 au 28 février inclus, de 14 à 17 heures (samedi, dimanche et fêtes exceptés) au bureau de Service de Santé, 3, avenue Victoria.

Concours de la médaille d'or de l'internat. — Jury, médecine : MM. Paisseau, Ameuille, Laroche, Marchal et Étienne Bernard.

Jury, chirurgie et accouchements : MM. Fredet, Rouhier, Brocq, Gueulette et Lacomme.

Hôpitaux d'Arles. — Après concours, M. le docteur Charvet a été nommé chirurgien adjoint.

Hôpitaux de Béziers. — Après concours, M. le docteur Gavaudan a été nommé médecin adjoint du service de phtisiologie.

MM. les docteurs Lacube et Martel ont été nommés médecins adjoints de l'hospice des vieillards.

M. le docteur Marre a été nommé chirurgien adjoint.

Hôpitaux de Limoges. — Après concours, M. le docteur Jean Vincent, professeur suppléant à l'École de Médecine de Limoges, a été nommé chirurgien suppléant des hôpitaux.

Agrégation de médecine. — Le *Journal Officiel* du 22 décembre 1938 (p. 14386) publie un rectificatif apportant des modifications au sujet des conditions du concours (voir *Gaz. Hôp.* n° 94, 23 novembre 1938).

Art. 2, Section XIV, *Pharmacie*, au lieu de : « Marseille, une place ; Bordeaux, une place ; Lille, une place »,

lire : « Marseille, une place ; Lille, une place ».

Art. 3, avant : « Section II, *Histologie et embryologie :* Lyon, une place ; Strasbourg, une place »,

lire : « Section I, *Anatomie et organogénèse :* Marseille, une place ».

Section XIV, *Pharmacie*, au lieu de : « Bordeaux, une place »,

lire : « Bordeaux, deux places ».

Art. 4, au lieu de : « est également mise au concours une place dans la section de physiologie à l'École supérieure de Médecine et de Pharmacie d'Hanoï »,

lire : « sont également mises au concours, une place dans la section de physiologie et une place dans la section de médecine générale, option anatomie pathologique, à l'École supérieure de Médecine et de Pharmacie d'Hanoï ».

Faculté de Médecine de Paris. — *Chaire de clinique urologique.* — La chaire de clinique urologique de la Faculté de Paris est transférée de l'hôpital Necker à l'hôpital Cochin (service du professeur Chevassu).

M. le professeur Maurice Chevassu fera sa *leçon inaugurale* à l'hôpital Cochin, dans son service, le lundi 16 janvier 1939, à 11 heures.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Grands officiers :* M. le médecin général Epaulard, directeur du S. S. du 19e C. A. ; M. le médecin général inspecteur Savornin, président du Comité consultatif de Santé, inspecteur général technique du S. S.

Commandeurs : M. le médecin général Auguste Schneider, directeur du S. S. de la 9e région ; M. le médecin général

Blanchard, inspecteur général du S. S. des colonies ; M. le médecin colonel Andrieu.

GUERRE (réserve). — *Commandeurs :* le médecin colonel Debeyre ; le médecin lieutenant-colonel Louis Delherm ; le médecin commandant honoraire Guillet ; M. Gaujoux, ancien médecin lieutenant à la 16e région.

Chevaliers : MM. Félix Bruneau, à Épernon ; Godlewski, à Sorgues ; Paul Lapeyre, à Meyrueis ; Masfrand, à Périgueux.

Distinction honorifique. — *Officier d'académie :* le docteur Richard, à Francheville (Rhône).

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — MM. les docteurs Louis Martin, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, directeur de l'institut Pasteur ; Jules Renault et Georges Brouardel, membres de l'Académie de Médecine, conseillers sanitaires techniques, ont été maintenus, pour l'année 1939, dans les fonctions de président et de vice-présidents du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France.

Santé publique. — Le *Journal Officiel* du 31 décembre 1938 publie, p. 14914, un avis de concours relatif au recrutement d'un inspecteur départemental d'hygiène dans le département du Var et d'un directeur de bureau d'hygiène pour la ville du Havre. Les demandes devront être adressées au Ministère (Direction du Personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, le 1er février au plu tard.

Le *Journal Officiel* du 1er janvier 1939 publie un décret concernant le recrutement et le statut des médecins du cadre des *hôpitaux psychiatriques de la Seine* et des arrêtés relatifs aux concours pour le recrutement des médecins adjoints des *sanatoriums publics* (tuberculose pulmonaire et tuberculose chirurgicale).

Inspecteurs adjoints d'hygiène. — Le *Journal Officiel* du 30 décembre 1938 publie, p. 1480-1481, un avis de vacances de postes d'inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et emplois assimilés. Les postes suivants sont vacants :

1° D'inspecteur adjoint départemental d'hygiène dans les départements suivants : Hautes-Alpes (1), Aude (1), Bouches-du-Rhône (2), Calvados (1), Corse (2), Dordogne (2), Haute-Garonne (1), Isère (2), Loiret (1), Marne (1), Nord (3), Pas-de-Calais (1), Tarn-et-Garonne (1), Vosges (1) ;

2° De directeurs de bureaux d'hygiène dans les villes suivantes : Angers, Béziers, Dieppe, Saint-Brieuc.

Adresser les demandes avant le 15 janvier 1939 au Ministère de la Santé publique (Direction du Personnel, 1er bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris.

Guerre. — M. le médecin général Frontgous, directeur adjoint du Service de Santé du commandement supérieur des troupes coloniales dans la métropole, a été placé, à compter du 30 décembre 1938, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de Santé militaire des troupes coloniales.

— M. le médecin général Capdevielle est placé dans la 2e section (réserve) du Corps de Santé militaire.

Marine. — 1° Des concours pour l'obtention du titre de médecin chirurgien ou spécialiste des hôpitaux maritimes auront lieu dans le courant du mois d'avril 1939 à Toulon (concours de médecine) et dans le courant du mois de juin 1939 à Brest (concours de chirurgie).

Une seule nomination sera faite dans chacune des catégories ci-après :

a) Concours de médecine. — Médecine générale ; bactériologie et anatomopathologie ; dermatovénéréologie ; Électroradiologie et physiothérapie ;

b) Concours de chirurgie. — Chirurgie générale ; ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie ; stomatologie.

2° Les concours pour l'obtention du titre de professeur agrégé des écoles de médecine navale, annoncés au *Journal Officiel* du 16 septembre 1938, auront lieu, dans le courant du mois de juin 1939, à Brest.

Justice. — Le *Journal Officiel* du 1er janvier 1939 publie, p. 104 à 106, la liste des médecins nommés membres des tribunaux départementaux des pensions pour l'année 1939.

Ministère des Colonies. — Récompenses pour travaux scientifiques publiés dans les *Annales de Médecine et de Pharmacie coloniales.*

Rappel de médaille d'or : M. F. Toullec.

Médaille d'argent : M. Riou.

Rappel de médaille d'argent : MM. Vaucel, Guichard, Martial, Huard, Farinaud et Sanner.

Médaille de bronze : MM. Bigot, Marneffe, Beantes, Destribat, Guibert, Autret.

Rappel de médaille de bronze : M. Chesneau.

Lettres de félicitations : MM. Trinquier, Reynes, Raoult, Nguyen Huy Soan, Rarivoson.

Clinique des maladies mentales (professeur : M. Henri CLAUDE). — *Cours élémentaire de sémiologie psychiatrique.* —

8 janvier. Troubles mentaux de l'épilepsie, M. Ceillier.
15 janvier. Syndromes confusionnels (1re leçon), M. Borel.
22 janvier. Syndromes confusionnels (2e leçon), M. Borel.
29 janvier. Obsessions. Phobies. Impulsions. M. Codet.
5 février. Perversions. Toxicomanie, M. Codet.
12 février. Syndromes démentiels (1re leçon), M. Cénac.
19 février. Syndromes démentiels (2e leçon), M. Cénac.
26 février. Psychiatrie infantile, M. Baruk.
5 mars. Médecine légale psychiatrique, M. Ceillier.

Ce cours, facultatif public, est destiné particulièrement aux internes et externes dispensés du stage. Ce cours aura lieu tous les dimanches, à 9 h. 1/4, à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

A 10 h. 30. Leçon clinique de M. le professeur Henri Claude.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Georges Goidin, à Paris.
— Le docteur Charles Faguet, à Périgueux.
— M. Schoen, chef de service à l'Institut Pasteur.

LA FOSSETTE COCCYGIENNE CONSTITUE-T-ELLE UN STIGMATE DE NATURE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE CERTAINE?

Par M. ANDRÉ P.-L. BELEY,
ancien chef de clinique de la Faculté de Paris
(Service du docteur HEUYER)

Au cours des états d'arriération mentale, rien n'est plus habituel que de soupçonner l'hérédo-spécificité, — et rien n'est plus difficile que de l'affirmer. C'est pourquoi, le plus souvent, part est-elle faite à la possibilité d'une syphilis héréditaire, sans qu'il en soit fait expressément mention, et sans que des signes certains en aient été trouvés au cours de l'examen, ou par l'analyse des antécédents. Cette position de principe se reflète dans le traitement basal des états d'arriération mentale : le traitement spécifique. Elle paraît exacte, puisque la thérapeutique, ainsi conduite, se révèle, presque toujours, une excellente pierre de touche. Il est à craindre que cette obscurité et ces hésitations dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis persistent longtemps encore, car si les signes dits « de probabilité » s'enrichissent avec continuité de nouvelles unités, par contre les signes « de certitude » restent limités à un nombre extrêmement réduit ; et les tentatives destinées à faire passer les signes de la première catégorie dans la seconde ne paraissent pas dénuées d'intérêt, puisqu'elles pourront permettre d'affirmer, beaucoup plus souvent, que tel état d'arriération mentale, telle infirmité neurologique congénitale est, *sinon lié, du moins associé*, à une hérédo-syphilis certaine.

Nous y gagnerions d'abord la satisfaction que donne plus de clarté dans les faits eux-mêmes. Le traitement serait le même, soit ! Mais nous hésiterions moins à *le pousser énergiquement.*

Est-il utile de revenir sur l'abondante floraison des *signes de dégénérescence*, que l'on peut dire « de suspicion »?

Depuis les malformations faciales, céphaliques et dentaires, toutes soigneusement étiquetées, jusqu'à celles des membres (disproportions, morphodactylies diverses), en passant par les anomalies des organes génitaux externes et par les stigmates de la peau et des phanères, la liste en est infinie ; il faut y ajouter les stigmates physiologiques, moins connus et moins recherchés : les troubles légers de la motilité ou des diverses sensibilités, ceux des réflexes tendineux (absence du réflexe rotulien) ; ceux aussi des fonctions d'élocution (bégaiement, zézaiement, etc.) et des fonctions sphinctériennes (énurésie) ; sans oublier les troubles du sommeil (insomnie, somnambulisme, terreurs nocturnes, etc.) et ceux de la puberté (retard ou avance).

Bien peu de ces signes ont le droit d'être considérés comme des signes certains d'hérédo-spécificité, et même la rencontre de plusieurs d'entre eux chez le même enfant ne peut inciter le praticien à affirmer la syphilis héréditaire.

Deux malformations congénitales seulement sont dites hérédo-syphilitiques : le nez en lorgnette, les perforations palatines (Heuyer). La dent d'Hutchinson fait en outre, son apparition au moment de la deuxième dentition. Heureusement, dans la profusion des stigmates de suspicion, existe-t-il un certain nombre de signes de « haute probabilité » : ce sont les malformations céphaliques diverses, la voûte palatine ogivale, les divers modes de strabisme, l'axyphoïdie, le signe dentaire de Gaucher, la fossette coccygienne.

C'est parmi ces derniers qu'il convient de rechercher si l'un d'eux ne pourrait constituer une manifestation hérédo-syphilitique certaine; pour notre part, nous avons été frappés par l'extrême fréquence, dans les cas d'arriération mentale, de la *fossette coccygienne.* Et nous avons tenté, à son sujet, quelques recherches statistiques, qui nous ont paru assez concluantes pour être exposées.

En quoi consiste ce signe? Il s'agit d'une dépression plus ou moins profonde, parfois à peine ébauchée, située au niveau de la pointe du coccyx ou du dernier élément vertébral coccygien, visible directement tout juste au-dessus du sillon interfessier. Cette dépression peut être étroite et d'aspect punctiforme, elle peut être au contraire plus étalée et ramifiée. Sa coloration va du rose au violacé. La fossette est parfois fistulisée, représentant véritablement un vestige de communication rachidienne avec l'extérieur. Il est extrêmement rare qu'il s'agisse d'un stigmate isolé, et son existence s'associe presque toujours à de nombreux signes de dégénérescence.

Un premier procédé statistique pouvait être employé : l'examen de tous les sujets de descendance syphilitique certaine, et inversement, l'enquête chez les ascendants d'individus porteurs du signe, afin de savoir s'il existait une syphilis active au moment de la conception ; ou même, si l'ascendance spécifique était trouvée plus ancienne, la recherche de la fossette coccygienne, qui existerait aussi bien chez les transmetteurs que chez les derniers descendants. Ce procédé est peut-être le plus sûr, mais il est si plein de difficultés pratiques (examen de personnes non directement intéressées), que nous y avons renoncé.

Nous avons employé une méthode qui risquait d'être plus artificielle — mais qui permettait une recherche plus étendue — tout au moins dans l'espace.

Nous avons examiné soigneusement au point de vue morphologique un groupe de cent enfants arriérés (garçons et filles) — soit *arriérés simples* (depuis la débilité jusqu'à la profonde idiotie), soit *arriérés neurologiques* (arriération mentale associée à des syndromes moteurs), — tous cas où le facteur hérédo-syphilitique pouvait être facilement mis en cause, — et nous avons recherché, chez eux, les principaux signes de grande probabilité, parmi lesquels la fossette coccygienne.

Voici cette statistique générale :

	Sur 100 cas.	
Malformations céphaliques	57,	soit 57 %
Voûte palatine ogivale	40	— 40 —
Strabisme	30	— 30 —
Axyphoïdie	35	— 35 —
Signe de Gaucher	11	— 11 —
Fossette coccygienne	51	— 51 —

On voit donc que, parmi les signes de grande probabilité, la fossette coccygienne se détache nettement : alors que, par exemple, l'existence de la voûte palatine ogivale, cependant considérée comme un excellent signe, n'est constatée que dans 40 % des cas, la fossette — et nous ne l'avons pas prise en considération lorsqu'elle n'était qu'à l'état d'ébauche — est visible 51 fois sur 100.

Il faut convenir cependant que cette étude n'aurait pas un intérêt suffisant, si elle n'était complétée d'une dissociation des cas.

Deux catégories ont donc été faites parmi les 100 cas : d'une part, celle des enfants arriérés, ne présentant pas de signes certains de syphilis héréditaire ; de l'autre, celle des sujets chez lesquels pouvait être faite sûrement au préalable la preuve de l'hérédo-spécificité. C'est ici qu'il faut se méfier de l'arbitraire et être prudent dans le choix des signes « de certitude » ; ceux qui ont été adoptés paraissent devoir être mis difficilement en doute ; ce sont :

— Une syphilis connue des parents ;

— Des signes de syphilis héréditaire à la naissance (pemphagus, syphilides, coryza, spleno et hepatomégalie, hydrocèle irréductible, etc.) ;

— Des convulsions dans les toutes premières semaines ;

— Un Bordet-Wassermann positif, chez l'enfant étudié ;

— Une perforation palatine.

Les 100 cas furent ainsi divisés en 63 de la première catégorie, et 37 de la seconde (syphilis certaine).

Voici les résultats obtenus :

1° *Pas de signes certains de syphilis.*

	Sur 63 cas.	
Malformations céphaliques . . .	33, soit	52,8 %
Voûte palatine ovigale.	27 —	42,8 —
Strabisme	22 —	34,9 —
Axyphoïdie.	17 —	26,9 —
Signe de Gaucher.	9 —	14,2 —
Fossette coccygienne	26 —	41,2 —

2° *Syphilis certaine.*

	Sur 37 cas.	
Malformations céphaliques . . .	24, soit	64,8 %
Voûte palatine ogivale.	13 —	35,1 —
Strabisme	8 —	21,6 —
Axyphoïdie.	18 —	48,6 —
Signe de Gaucher.	2 —	5,4 —
Fossette coccygienne	25 —	67,5 —

On voit donc que, alors que certains signes, considérés cependant comme de bonne probabilité, tels l'ogivalité de la voûte palatine, le strabisme, le signe de Gaucher, sont en proportion moindre, lorsqu'on aborde les cas où la syphilis héréditaire peut être prouvée ; par contre, les malformations céphaliques et l'axyphoïdie s'élèvent d'une façon assez nette. Mais la fossette coccygienne qui, déjà, dans la statistique générale, tenait la seconde place, est ici *la plus fréquente.* En passant de la catégorie des enfants arriérés à celle des sujets porteurs de syphilis héréditaire, le pourcentage s'élève de 41 à 67.

Quelles conclusions tirer de ces chiffres? il est bien évident que la valeur ne doit pas en être exagérée, et qu'ils doivent être complétés par des recherches prolongées dans l'ascendance et la descendance possibles des sujets syphilitiques, porteurs de la fossette coccygienne.

Nous pensons cependant qu'un signe dit de probabilité qui se retrouve dans la moitié des cas d'enfants arriérés suspects d'hérédo-syphilis, dont la proportion décroît à un peu plus *d'un tiers*, lorsqu'on ne s'adresse qu'à des sujets qui ne présentent aucun signe flagrant de syphilis héréditaire, et remonte au contraire à plus des *deux tiers*, quand on le recherche chez les individus qui font la preuve de l'hérédo-spécificité, — un tel signe a le droit d'être considéré comme apte à devenir un élément de *quasi-certitude.* Sa valeur diagnostique s'en trouve, en tout cas, considérablement renforcée.

XXVe CONGRÈS DE MÉDECINE (1)

Marseille, 10, 11, 12 novembre 1938

Président : M. le Professeur Olmer

Première question

LA SPIROCHETOSE ICTERO-HEMORRAGIQUE

I. — La spirochétose ictéro-hémorragique. Epidémiologie. Formes ictérigènes.

MM. J. Monges et Jean Olmer (Marseille).

Depuis les premiers travaux d'Inada et Ido, en 1914, la spécificité du germe est demeurée incontestée. Par contre, on n'est pas absolument d'accord sur les limites à assigner au rôle du spirochète en pathologie. Il est bien établi que c'est grâce au rat que le spirochète se perpétue et conserve sa virulence. Il se développe dans l'organisme du rat et est expulsé par ses urines, contaminant le milieu extérieur. L'eau, la vase, la boue, la terre, peuvent lui offrir des conditions suffisantes pour une vie précaire peut-être, mais prolongée. La question des spirochètes aquicoles est encore discutée, mais il y a de bons arguments en faveur de l'hypothèse uniciste.

On sait actuellement que la spirochétose ictéro-hémorragique est répandue sur toute la terre, mais on peut, dans une certaine mesure, opposer, à sa large diffusion géographique, le nombre relativement restreint des cas observés. Si l'on excepte le Japon, où la maladie est très répandue, la spirochétose ictérohémorragique est essentiellement sporadique. En France, grâce aux documents aimablement communiqués par Mlle Herber, chargée du Service des sérodiagnostics à l'Institut Pasteur, nous avons pu apprendre que, de 1923 à 1932, on avait relevé 286 séros positifs; de 1932 à 1937, 599 nouveaux cas ont pu être identifiés, ce qui ne permet pas de conclure à une augmentation nette de fréquence, mais peut-être à une plus exacte connaissance de la maladie par les médecins. Le problème de la contagion renferme encore quelques inconnues ; certes, on sait que la contamination peut se faire par morsure de rat, qu'il existe des contaminations professionnelles (mineurs, égoutiers, ouvriers des abattoirs, cuisiniers, laveurs, ouvriers agricoles); on connaît des contaminations consécutives à des baignades ou à la consommation d'eau polluée; mais il y a de nombreux cas de spirochétose qui restent inexpliqués. Il semble admis que le chien puisse, dans certains cas, en dehors de *Leptospira canicola*, être contaminé par le spirochète ictéro-

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, p. 1510.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René Vincent

hémorragique et devenir infectant pour l'homme. Si la peau, les muqueuses, le tube digestif sont les voies de pénétration invoquées dans la contagion humaine, les rapporteurs tendent à faire jouer le rôle principal à la voie digestive.

Nous sommes encore mal fixés sur la réceptivité humaine vis-à-vis du spirochète : la sporadicité de la maladie, la grande proportion des cas isolés, le peu d'importance relative des épidémies posent le problème de la prédisposition et des résistances individuelles. On peut se demander même s'il n'existe pas des sujets réfractaires, que cette résistance soit spontanée ou qu'elle résulte d'une immunisation réalisée par une forme anictérique de la maladie.

La physio-pathologie des formes ictérigènes n'est point encore pleinement élucidée : si l'atteinte rénale est constante et conditionne le pronostic de la maladie, on est moins renseigné que le sens du trouble hépathique : l'hyperhépatie et l'hépatite paraissant s'intriquer pour conditionner les symptômes.

La période d'incubation de la maladie est en moyenne d'une quinzaine de jours lorsque la porte d'entrée est cutanée, de cinq jours seulement lorsqu'elle est digestive, cette différence paraissant tenir seulement à l'importance de la contamination dans l'un et l'autre cas. La variabilité du nombre et de la virulence des germes, en même temps que les conditions de réceptivité individuelle, nous expliquent la diversité, la différence de gravité des formes cliniques. La forme commune d'ictère infectieux à rechute fébrile est bien connue, avec son ictère flamboyant, ses troubles urinaires, sa réaction méningée, l'intensité du syndrome infectieux et algique, la fréquence de l'herpès. Le caractère si particulier de l'évolution de la courbe fébrile paraît tenir à une nouvelle pullulation du spirochète pendant la rechute, mais pullulement se faisant au sein même des organes. A côté de cette forme, la spirochétose peut revêtir le type d'un ictère grave, souvent rapidement mortel, où, à l'inverse d'un ictère catarrhal ou infectieux bénin, dont certaines particularités cliniques ou étiologiques pourront faire soupçonner la nature véritable. Mais il ne faut pas croire d'ailleurs que la recherche du spirochète ictéro-hémorragique résolve le problème de l'étiologie de tous les ictères infectieux épidémiques, car on ne le retrouve que dans un nombre de cas restreint.

Des recherches biologiques entreprises, il faut souligner l'importance de l'élévation de l'urée dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, qui peut atteindre des chiffres très élevés, cette élévation étant en général, mais non toujours, proportionnelle à la gravité de la forme clinique. Les autres substances azotées sont également élevées, mais moins que l'azote uréique. Le chlore sanguin est, en général abaissé au début de la maladie, pour redevenir normal par la suite. La glycémie est élevée. La cholestérolémie est souvent basse, bien que certains auteurs aient signalé la possibilité d'élévation du cholestérol et surtout des liquides totaux du sang.

Les complications sont exceptionnelles dans nos pays. Il faut mentionner seulement des complications cardio-vasculaires (myocardite évoluant à bas bruit, pouvant entraîner la mort par asystolie aiguë ou syncope, mais susceptible aussi de guérir), complications nerveuses et mentales, complications oculaires (iritis surtout), complications pulmonaires enfin.

La notion de séquelles n'est pas classiquement admise ; cependant on peut poser la question du rôle du spirochète dans l'étiologie de certaines néphrites ou de certaines cirrhoses.

Les procédés de laboratoire permettant le diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique sont nombreux ; cependant, si classiquement on peut mettre le spirochète en évidence directement dans les urines aux environs du vingtième jour, cette recherche est assez souvent négative. L'inoculation au cobaye du sang au début des urines à partir du quinzième jour, et souvent pendant une longue période, permettra plus aisément le diagnostic en réalisant chez l'animal une hyperthermie mortelle, parfois accompagnée d'ictère.

Mais le procédé de choix est le séro-diagnostic de Martin et Pettit, qui est on peut dire toujours positif après le quinzième jour à des taux atteignant 1 p. 100, 10 p. 100 et même davantage. Il existe quelques cas indiscutables de spirochétose ictéro-hémorragique à séro-diagnostics négatifs. Ils sont tout à fait exceptionnels si l'on ne retient que les cas où l'agglutination aura été recherchée seulement après le quinzième jour et aura été contrôlée quelques jours après.

Le traitement peut être non spécifique : c'est celui de tout ictère infectieux grave. Il faut mentionner l'intérêt de l'opothérapie hépatique, du sérum glucosé à hautes doses, parfois même par voie veineuse, auxquels il y a souvent intérêt à associer les injections sous-cutanées d'insuline (vingt unités par jour). Les injections de sérum salé hypertonique pourront être indiquées au début de la maladie en raison de l'abaissement fréquent du chlore sanguin.

La thérapeutique spécifique est représentée par la sérothérapie mise au point par Martin et Pettit. Mais elle n'a pas été employée sur une échelle suffisante pour qu'on puisse en apprécier objectivement les résultats.

La prophylaxie comprendra essentiellement la destruction des rats et la suppression des foyers d'infection. Elle sera réalisée plus facilement maintenant que la spirochétose ictéro-hémorragique est devenue en France une maladie à déclaration obligatoire.

II. — Les leptospiroses anictériques

(Leptospirose méningée, leptospirose rénale, leptospirose fébrile pure.)

M. Jean Troisier et Maurice Bariety (de Paris).

C'est en 1916 que la méningite spirochétosique a été isolée, à titre d'entité nosologique, par Costa et Troisier, en se fondant sur la quasi-constance des symptômes méningés au cours des spirochétoses ictérigènes typiques et sur le méningotropisme si fréquent des Spirochétidés.

Bientôt, des faits cliniques exactement observés vinrent confirmer cette hypothèse.

Au cours de la phase actuelle d'*extension nosologique*, la question s'est posée de l'existence d'autres formes anictériques de l'infection spirochétique: la leptospirose rénale (Merklen et Gounelle), la leptospirose fébrile pure.

La leptospirose méningée a un début presque toujours brusque, par de la céphalée, de la rachialgie et par une fièvre élevée d'emblée au voisinage de 40°.

A la période d'état, qui se constitue très vite, trois ordres de symptômes fondamentaux confèrent à la maladie son individualité clinique : le symptôme méningé (la céphalée, la rachialgie, les vomissements, la raideur de la nuque).

L'injection irido-conjonctivale qui offre dans la spirochétose une valeur sémiologique de premier plan, l'herpès qu'on observe dans 27 p. 10 des cas environ. La fièvre est constante, habituellement assez élevée (39°-40°). Elle dure en moyenne de sept à neuf jours. La dissociation du pouls et de la température se voit dans près de la moitié des cas.

L'atteinte rénale extrêmement discrète, se traduit par de l'oligurie, une albuminurie modérée, parfois une hématurie microscopique et quelques cylindres granuleux. L'azotémie est habituellement normale. Dans le sang, on constate une légère anémie, une leucocytose modérée avec parfois une légère polynucléose. La mononucléose peut s'observer à la convalescence.

La ponction lombaire retire un liquide clair, hypertendu, avec hypercytose à formule panachée. L'albuminurachie est peu élevée. Il existe donc une véritable dissociation cyto-albuminique. La durée de cette réaction est de sept jours en moyenne.

La rechute est inconstante. Elle se produit du quatorzième au vingt-troisième jour de la maladie. C'est une rechute vraie, ou reparaissent ensemble le syndrome méningé et les symptômes qui lui sont contemporains. Il existe parfois des rechutes multiples ou des rechutes atypiques.

La leptospirose méningée est une maladie bénigne qui, jusqu'à présent, guérit toujours. Mais sa convalescence peut être longue, le malade restant très asthénié.

A côté de la forme typique, il existe des formes de transition (formes méningo-subictérique, méningo-rénale), qui permettent d'unir la méningite spirochétosique aux autres manifestations cliniques du syndrome d'hépatonéphrite. Il existe également des formes associées (notamment à l'infection éberthienne). Les formes de l'enfant ont été récemment étudiées par J. Marie et P. Gabriel.

Leptospiroses rénales. — La question des leptospiroses rénales pures a été posée par les observations de Merklen et de H. Gounelle. L'examen objectif montre que les observations publiées rentrent dans deux groupes légèrement dissemblables :

A. Chez certaines, l'azotémie s'associe à des signes urinaires néphritiques (albumine, cylindres, leucocytes). Mais alors il existe presque toujours soit une note méningée, soit une note subictérique ;

B. Dans d'autres cas, le tableau est celui d'une hyper-azotémie fébrile pure. Sans que les urines renferment trace d'albumine, de cylindres ou d'hématies, l'hypothèse d'une azotémie extra-rénale a pu être discutée par certains auteurs.

Leptospirose fébrile pure. — La symptomatologie de l'infection spirochétosique peut se réduire au point de se révéler en clinique comme une maladie presque uniquement fébrile : l'injection conjonctivale est un des meilleurs signes qui permettent alors d'orienter le diagnostic.

Troisier, Bariéty, Mlle Erber et Gabriel se sont même demandé si certaines infections spirochétosiques occultes ne pouvaient pas provoquer à bas bruit des réactions biologiques de maladies humorales sans expression cliniquement décelable.

Le pronostic des leptospiroses anictériques est habituellement favorable. C'est l'atteinte rénale qui est la plus dangereuse.

Le diagnostic biologique se fait par les procédés habituels.

Les rapporteurs terminent par l'exposé de quelques problèmes biologiques. Ils envisagent tout d'abord le problème de la rechute, essentiellement provoquée par le parasite lui-même, comme dans les fièvres récurrentes. Ils étudient également les rapports de la réaction méningée dans les formes ictériques et les formes sans ictère de la maladie. Ils rappellent également les données expérimentales qui ont permis à Troisier, à Mollaret de reproduire la méningite à leptospires.

En terminant, les auteurs révèlent tout l'intérêt des études immunologiques récentes. Ils estiment que les leptospiroses méningées, comme d'ailleurs les leptospiroses hépatorénales ictérigènes, peuvent être provoquées par des germes de valeur antigénique différente.

A côté de *Leptospira ictéro-hémorragiæ*, parasite du rat et connu depuis 1916, comme agent de méningite aiguë, il y a lieu d'accepter *Leptospira canicola* agent pathogène d'une maladie de chien transmissible à l'homme sous forme d'une méningite aiguë curable.

III. — La spirochètose ictéro hémorragique dans la France d'outre-mer.

MM. Bordes et Rivoalen (du Service de santé colonial) soulignent les difficultés du diagnostic clinique et épidémiologique de la spirochétose ictéro-hémorragique en milieu tropical. Elles tiennent :

A la fréquence de l'ictère dans les affections tropicales les plus diverses ;

Aux anomalies cliniques de la spirochétose ictéro-hémorragique en milieu tropical (incubation écourtée, absence fréquente d'ictère).

Ils insistent également sur les difficultés et les incertitudes du diagnostic par les méthodes de laboratoire : la présence dans les urines d'un leptospire rappelant morphologiquement celui l'Inada et Ido étant insuffisante, et des leptospires très divers ayant été isolés dans différents pays.

Il semble que la spirochétose ictéro-hémorragique soit très rare en Afrique du Nord ; son existence en Afrique occidentale et équatoriale ne repose que sur des présomptions ; au contraire, elle paraît fréquente en Indochine. Les recherches de Vaucel, dans cette colonie, mises à part, on peut dire que rien n'a été fait de précis et de méthodique pour la dépister.

Nos connaissances sur la répartition de la maladie dans notre empire colonial ne seront sûres que le jour où tous les laboratoires coloniaux seront à même d'effectuer des séro-diagnostics de Pettit de façon courante. A ce moment, il conviendra d'inviter les médecins dispersés dans la brousse à adresser aux centres le plus possible de sérums suspects. Il restera enfin à étudier les souches locales au point de vue de leur virulence expérimentale et de leurs propriétés antigéniques, à multiplier les recherches sur les leptospires des rats, des chiens, sur les souches aquicoles, afin d'élucider leur parenté respective.

Sur la proposition du médecin général Botreau-Roussel, vice-président, le Congrès adopte à l'unanimité le vœu que soit désormais dénommée « leptospirose » l'infection par le leptospire d'Inada et Ido, quelle que soit la forme observée, le terme de spirochétose étant strictement réservé à l'infection par le spirochète de Dutton ou d'Obermeier, c'est-à-dire aux divers aspects de la fièvre récurrente. La communauté d'appellation crée en effet en clinique, pour les médecins coloniaux, des confusions regrettables.

Deuxième question

LES HYPOCHLOREMIES

I. Phénomènes physio-pathologiques liés aux déficits chorés

MM. L. Ambard, Stahl et Kuhlmann (de Strasbourg) envisagent successivement l'évolution de la concentration du chlore dans le plasma, de la réduction du capital chloré, les techniques de l'évolution de la déshydratation. Ils retiennent, pour la discussion de leur rapport, cinq documents complets: 1° Déficit chloré obtenu par sudation (expérience de M. Cance) ; 2° Déficit d'électrolytes réalisé par acidose (expérience d'Atchley, Loef) ; 3° Expériences où se trouvent réalisées d'une part une perte de sodium (Sthal et Kuhlmann) ; 4° Hypochlorémies expérimentales prolongées avec hyponatrémie légère (Ambard, Stahl et Kuhlmann) ; 5° Déficit de chlore par diarrhée.

Ceci leur permet d'établir les faits suivants : on considère généralement comme acquis qu'une chute du taux du chlore plasmatique est un bon indice de déficit chloré, mais on sait qu'il peut exister des déficits chlorés sans chute du taux du chlore plasmatique, le déficit chloré résultant alors d'une réduction de volume des liquides hydrochlorurés : dans ce cas, le déficit peut être mis en évidence par l'examen de la concentration sanguine et notamment par l'étude de la protéinémie et du volume occupé par les globules rouges dans le sang total (hématocritie).

L'observation clinique montre qu'un déficit chloré s'accompagne invariablement de troubles morbides qui peuvent être liés directement au déficit de chlore ou provoqués par un autre facteur dont le déficit chloré ne serait que le témoin. Cette dernière interprétation paraît exacte, car il existe souvent une discordance marquée entre l'intensité des troubles morbides et le degré de l'hypochlorémie. Une série d'expé-

riences a mis en lumière ce fait remarquable que le maintien d'une natrémie normale assure le maintien d'un équilibre physiologique relativement normal en dépit du déficit chloré.

Cette constatation devait amener les rapporteurs à rechercher si les troubles observés dans les cas de déficit sodique sont directement provoqués par ce déficit : ils pensent plutôt qu'ils sont dus à un autre processus plus ou moins subordonné à la neutropénie, et ils admettent que c'est finalement la déshydratation qui est directement responsable sinon de tous les troubles observés au cours des natronénies, du moins d'une partie d'entre eux. On peut donner de ces faits l'explication suivante : si l'organisme compense aisément une perte de chlore, il est incapable de compenser une perte de sodium : en effet, le chlore perdu est immédiatement remplacé dans une large mesure par de l'acide carbonique, de sorte que le sodium abandonné se retrouve sous forme de bicarbonate ; si la qualité des électrolytes sanguins est modifiée, leur capital est sauvegardé. Par contre, la perte de sodium n'est pas compensée parce que l'organisme ne fabrique pas de bases, d'où réduction du capital d'électrolytes. Si l'on admet que l'hydratation (du moins extra-cellulaire) est essentiellement fonction du capital des électrolytes, on comprend qu'un déficit de sodium en comporte fatalement.

Il est donc permis de dire que le problème du déficit des électrolytes comporte au moins trois questions principales : celle de la concentration globale des électrolytes, celle de la concentration individuelle de chaque électrolyte, questions identifiées et étudiées depuis longtmps, et enfin la question du capital des électrolytes, récemment mis en lumière par les faits cliniques, et où le fait essentiel semble être la variation de l'hydratation.

La conception de troubles résultant d'un « manque de sel » crée une équivoque, car elle fait confondre deux faits différents, à savoir la diminution du capital de NaCl de l'organisme et la perte de NaCl par l'organisme.

Si on cherche à situer la question de perte d'électrolytes dans le cadre général de la pathologie, on remarque que la proportion de chlore et de sodium perdus par l'organisme diffère souvent de celle que présente le plasma : tantôt c'est le chlore qui est perdu en excès, tantôt c'est le sodium. Il en résulte que, selon le cas, la réserve alcaline s'élève ou s'abaisse et que l'hydratation n'est plus liée à la perte du chlorure de sodium, mais bien à la perte de sodium. Ces faits déjà complexes le deviennent encore plus quand, du fait d'une intolérance gastrique, l'organisme se déshydrate en quelque sorte directement et d'une manière disproportionnée par rapport à la perte d'électrolytes. C'est là une cause essentielle de la diversité des tableaux cliniques que présentent les pertes d'électrolytes.

II. — Les hypochlorémies médicales

M. René-S. Mach (Genève), rapporteur, estime que la mesure d'une chlorémie ne permet pas de juger de l'importance d'une déchloruration, car on sait maintenant qu'on peut trouver une chlorémie normale chez des malades certainement dessalés ou une hypochlorémie chez des sujets qui ont retenu trop d'eau et qui n'ont pas perdu de sel. Ce chiffre n'exprime en somme qu'une concentration du sérum en chlore, il n'a de valeur que si nous connaissons la quantité du solvant, c'est-à-dire dans quel volume total d'eau le chlore dont nous connaissons le pourcentage a été dissous.

Le rapport est divisé en deux parties : la première étudie les hypochlorémies par déchloruration, c'est-à-dire celles qui sont la conséquence d'une déperdition de chlore, par voie digestive, par voie rénale, par voie cutanée ou exceptionnellement, par voie péritonéale. Ces hypochlorémies par perte de sel sont sans mystère ; elles ont un tableau clinique bien individualisé dans lequel la déshydratation occupe une large place. Elles sont immédiatement guéries par la thérapeutique salée.

Le rapporteur étudie, dans une seconde partie, les hypochlorémies sans perte de sel, c'est-à-dire celles qu'on observe au cours des pneumonies et de certaines néphrites, et qui sont le résultat d'un trouble dans la répartition du chlore. La pathogénie de ces hypochlorémies est encore pleine de secret, leur tableau clinique est divers, leur thérapeutique est très souvent décevante.

On trouvera, dans le rapport, une description détaillée de plusieurs observations d'hypochlorémie observée au cours des sténoses du pylore. Le tableau clinique est bien connu. Les troubles humoraux de ces malades sont représentés par l'hypochlorémie totale autant plasmatique que globulaire, une azotémie qui s'installe sans lésions rénales, qui disparaît dès qu'on ressale le malade, et qui mérite donc bien son nom d'azotémie par manque de sel, une augmentation de la réserve alcaline, augmentation utile puisqu'elle compense, dans une certaine mesure, la perte de chlore, car les bicarbonates peuvent remplacer en qualité d'électrolytes le chlore et assurer ainsi le maintien de l'équilibre osmotique, enfin la déshydratation, l'anhydrémie ou, mieux encore, la diminution de l'eau du sang. Elle se traduit par un épaississement du sang, dont la teneur en albumine, en globules rouges et en hémoglobine augmente dans des proportions parfois considérables. Cette déshydratation, chose importante, apparaît même chez des sujets recevant d'abondantes boissons.

Le rapport étudie ensuite les hypochlorémies observées au cours des diarrhées, dans lesquelles la réserve alcaline est

basse, ce qui ne permet pas de compenser la chute du chlore, comme dans les sténoses du pylore.

Une déperdition chlorée se fait également au cours des sudations qui s'accompagnent d'une déshydratation particulièrement intense. La fuite du chlore par voie rénale s'observe au cours du coma diabétique et de la maladie d'Addison, états que le rapporteur étudie plus particulièrement.

Le caractère commun à toutes ces hypochlorémies par déchloruration est de présenter une déshydratation qui ne cède qu'aux injections de solution chlorée. L'auteur distingue cette déshydratation secondaire à la déchloruration de la « déshydratation par manque d'effort » observée chez les sujets privés de boissons, mais non déchlorurés.

Dans une seconde partie, le rapporteur étudie les hypochlorémies sans déchloruration, et montre que leur pathogénie est encore pleine de mystère et que leur traitement par le chlorure de sodium est souvent décevant et parfois dangereux.

III. — L'hypochlorémie en clinique chirurgicale

M. Yves Bourde (de Marseille).

Ce rapport est un essai de mise au point des traductions cliniques de l'hypochlorémie dans les états de choc, les brûlures, le mal des rayons, les sténoses digestives, la chirurgie des urinaires et les infections chirurgicales. Dans la plupart des cas, les symptômes observés sont fonction d'intoxication de l'organisme par les déchets azotés. La baisse du taux du chlore sanguin, conséquence de cette intoxication, varie en général parallèlement à son degré et à sa sévérité. Une chlorémie normale ne permet toutefois pas de porter un pronostic favorable. Elle signifie quelquefois que les défenses normales de l'organisme ne jouent pas.

Le rapporteur, fervent adepte de la méthode de rechloruration, en rappelle les beaux succès et les fréquentes indications en clinique chirurgicale.

IV. — L'hypochlorémie post-opératoire

MM. E.-J. Bigwood, L. Mayer et Van Dooren (de Bruxelles)

L'hypochlorémie post-opératoire est un phénomène dont l'importance, la fréquence et la gravité paraissent avoir été exagérées. Cette conclusion n'a pas pour corollaire la négation des bienfaits d'une médication chlorurante raisonnable chez certains malades. Il s'agit là, de part et d'autre, de considérations qui ne sont pas nécessairement étroitement liées les unes aux autres, malgré certaines apparences.

L'hypochlorémie post-opératoire est un phénomène inconstant et peu prononcé quand il existe. Il paraît se produire par migration, sans effet déchlorurant chez bien des opérés. Un effet chloropénique n'est toutefois pas toujours exclus.

Les causes de cette migration et la destination du chlore transféré sont mal connues. Des hypothèses multiples et variées ont été envisagées sans qu'aucune d'entre elles ne rende compte de l'ensemble des faits d'une façon pleinement satisfaisante.

Au point de vue technique, la chlorémie plasmatique peut être suivie avec un maximum de précision, mais ce seul renseignement est insuffisant pour analyser le phénomène utilement. Le dosage du chlore du sang total est moins précis que celui du chlore plasmatique, dans les conditions de l'analyse clinique. Les fluctuations sont souvent trop faibles pour pouvoir être suivies avec précision. Quant au chlore globulaire et au rapport chloré érythroplasmatique, il ne paraît pas possible d'en suivre étroitement les fluctuations au cours de la maladie post-opératoire. Globalement, en moyenne, il semble que les valeurs tendent à s'abaisser légèrement.

Des recherches nouvelles paraissent nécessaires pour apporter à l'avenir une réponse nette à bien des questions concernant l'hypochlorémie post-opératoire. Les difficultés du problème sont celles que l'on rencontre en général quand on étudie un phénomène peu accentué au moyen de méthodes techniques dont les erreurs ne sont pas d'un ordre de grandeur nettement inférieur à celui du phénomène lui-même qu'on observe.

Discussion et communications sur les hypochlorémies.

M. Rathery pose tout d'abord aux rapporteurs certaines questions touchant les techniques : sang, plasma ou sérum, chlore globulaire, emploi de la réfractométrie et de l'hématocrite pour doser les albumines et juger la déshydratation. Comme les rapporteurs, M. Rathery distingue deux types d'hypochlorémies, l'une avec perte de sel, l'autre sans perte de sel. Il repousse, comme Mach, le schéma de Rudolf touchant l'état de la réserve alcaline comme mode de diagnostic entre les deux types d'hypochlorémie, et il estime que seul l'état du chlore urinaire peut être utilisé dans ce cas.

Il aborde enfin l'étude de la réserve alcaline dans l'hypochlorémie, et montre tout l'intérêt des hypochlorémies dissociées décrites par Ambard.

M. Jacques Courtois, en collaboration avec R. Lecoq, a poursuivi l'étude des modifications chlorées dans les divers états pathologiques de la gestante et de l'accouchée.

M. Raoul Lecoq pose quelques questions : la chloropexie des tissus altérés invoquée comme cause des hypochlorémies est-elle aussi péremptoire qu'on l'imagine habituellement ? L'hyochlorémie post-opératoire est-elle très constante ? Il montre, s'appuyant sur l'expérimentation (poursuivie avec M. Meunier) et sur de nombreuses observations (faites en collaborations avec M. Larget, J.-P. Lamare et A. Meunier), que la chloropexie des tissus traumatisés n'est pas de règle absolue, et que l'hypochlorémie est peu souvent observée dans les suites opératoires normales, quand il n'y a pas de pertes de chlore par émonctoires anormaux : vomissements, diarrhée, sueurs profuses. La chute du rapport érythroplasmatique paraît, au contraire, très constante. Elle semble résulter de la présence dans le sang des déchets azotés provenant des tissus lésés pendant l'opération.

MM. Langeron et M. Paget (de Lille), rappelant leurs travaux antérieurs qui, pour la technique notamment (M. Paget), constituent une contribution originale à cette question.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1939

(Les concours seront clos fin février)

Prix de l'Académie. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.000 francs. — Question : Pathogénie des épilepsies dites essentielles.

Prix du Prince Albert Ier de Monaco. — Partage interdit. — 100.000 francs. — Travail dont l'Académie désignera elle-même la nature.

Prix Alvarenga de Piauhy. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.200 francs.

Fondation anonyme. — Anonymat interdit. — 5.000 fr. ou arrérages.

Prix Apostoli. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.000 francs.

Prix du Marquis d'Argenteuil. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 7.000 francs.

Prix Argut. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 800 francs.

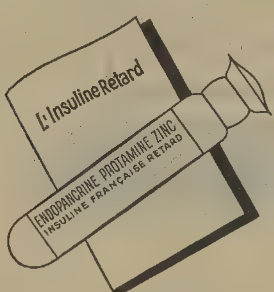
Prix Audiffred. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — Un titre de rente 3 % de 24.000 francs.

Prix du Baron Barbier. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 2.500 francs.

Prix Laure-François Barthélemy. — Partage interdit. — 3.000 francs.
Prix Berraute. — Anonymat interdit. — Partage autorisé. — Un titre de rente 3 % de 3.092 francs.
Prix Louis Boggio. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 4.800 francs.
Prix Mathieu Bourceret. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.200 francs.
Prix du Dr Géna Bruninghaus. — 10.000 francs.
Prix Henri Buignet. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.600 francs.
Prix Elise Cailleret. — Partage interdit. — 500 francs.
Prix Capuron. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 2.000 francs. — Question : Les eaux sulfurées dans les affecions pulmonaires.
Prix Marie Chevallier. — Travaux imprimés. — Partage interdit. — 9.000 francs.
Prix Chevillon. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs.
Prix Civrieux. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.000 francs. — Question : Les états psychopathiques conséquences des troubles sociaux.
Prix Clarens. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 500 francs.
Prix Emile Combe. — Partage interdit. — 3.000 francs.
Prix Daudet. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 2.500 francs. — Question : Traitement de la leucémie aiguë.
Fondation Day. — Deux titres de rente de 3.000 francs.
Prix Demarle. — Anonymat interdit. — Partage interdit. — 850 francs.
Prix Desportes. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 1.500 francs.
Prix du Dr Dragovitch. — Partage autorisé. — 2.500 fr.
Fondation Ferdinand Dreyfous. — Partage interdit. — 1.400 francs. — Ce prix sera décerné à l'interne en médecine qui aura obtenu la médaille d'argent.
Prix Ferdinand Dreyfous. — Anonymat interdit. — Partage interdit. — 2.800 francs.
Prix Falret. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.500 francs. — Question : Troubles psychiques des cardiaques.
Prix Ernest Godard. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.000 francs. — Au meilleur travail sur la pathologie externe.
Prix Jacques Guérétin. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 1.500 francs.
Prix du Dr Paul Guillaumet. — Anonymat interdit. — Partage interdit. — 1.500 francs.
Prix Guzman. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — Un titre de rente de 2.500 francs.
Prix Catherine Hadot. — Partage autorisé. — 3.600 fr.
Prix du Dr François Helme. — Partage autorisé. — 3.000 francs.
Prix Théodore Herpin (de Genève). — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs.
Prix Henri Huchard. — Anonymat interdit. — Partage autorisé. — 8.000 francs.
Prix Itard. — Travaux imprimés. — Partage interdit. — 2.400 francs.
Prix Jacquemier. — Travaux imprimés. — Partage interdit. — 2.500 francs.
Prix Jansen. — Deux parts de 10.000 francs.
Prix Laborie. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 8.000 francs.
Prix du Baron Larrey. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 600 francs.
Fondation Laval. — Partage interdit. — 1.200 francs.
Prix Le Piez. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 2.000 francs.
Prix Leveau. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 3.000 francs.
Prix Clotilde Liard. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 5.000 francs.
Prix Henri Lorquet. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 300 francs.
Prix Louis. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 4.500 francs. — Question : Les médicaments irradiés.
Prix Magnan. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.500 francs. — Question : Des troubles psychiques dans les encéphalites infectieuses de l'enfance.
Prix A.-J. Marmottan. — Anonymat interdit. — 100.000 francs.
Prix de Martignoni. — Partage autorisé. — 3.000 francs.
Prix A.-J. Martin. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 1.000 francs. — Question : Intoxication professionnelle chimique oxycarbonée.
Prix Mège. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.500 francs. — Question : Œdèmes des hépathiques.
Prix Merville. — Partage autorisé. — 1.800 francs.
Prix Meynot. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les maladies des yeux.
Prix Monbinne. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 1.500 francs.
Prix Anna Morin. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs.
Prix Nativelle. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.000 francs.
Prix Oulmont. — Partage interdit. — 1.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'interne en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (Médecine).
Prix Pannetier. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 4.000 francs.
Prix Berthe Péan. — Partage interdit. — 5.000 francs.
Prix du Baron Portal. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.500 francs. — Question : De la valeur de la myélographie.
Prix Potain. — Travaux imprimés. — Partage interdit. — 2.400 francs.
Prix Pourat. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.500 francs. — Question : Métabolisme de l'acide ascorbique.
Prix Rebouleau. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 2.000 francs. — Travaux sur la hernie.
Prix Jean Reynal. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.500 francs.
Prix Ricaux. — Partage autorisé. — Deux prix de 5.000 francs.
Prix Philippe Ricord. — Travaux imprimés. — Partage interdit. — 800 francs.
Prix Albert Robin. — Anonymat interdit. — Partage interdit. — 600 francs.
Prix Roussilhe. — Anonymat interdit. — Partage interdit. — 10.000 francs.
Prix Saint-Lager. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 1.500 francs.
Prix Marc Sée. — Travaux imprimés. — Partage interdit. — 1.200 francs.
Prix Tarnier. — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 4.000 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.
Prix Vernois. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 800 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris


L'Insuline Retard
ENDOPANCRINE PROTAMINE ZINC
INSULINE FRANÇAISE RETARD

N° 3. — MERCREDI 11 JANVIER 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

De quelques troubles nerveux consécutifs à l'absorption de médicaments peu toxiques, par M. L. BABONNEIX.

CONGRÈS.

XXVe Congrès de médecine (fin).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION.

La responsabilité des pharmaciens, par M. C. NATTAN-LARRIER.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Livret de santé, par M. A. HERPIN.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Diagnostic des traumatismes du coude chez l'enfant, par M. Pierre SAGAUT (fin).

INFORMATIONS

Hôpitaux d'Alger. — Le *concours de l'internat* vient de se terminer par les nominations suivantes : Mme Roig, MM. Morère et Faraggi (*ex æquo*), Destaing, Calleja, Duboucher, Ferri, Ricard et Stilhart.

Le jury était composé de MM. Cabanes, Sabadini, Aubry, Fabiani et Viallet.

Questions données. — Écrit. — Anatomie : Le facial (depuis son origine apparente). — Physiologie : Les phénomènes mécaniques de la respiration et leur régulation. — Pathologie interne : S. et D. des péricardites aiguës. — Pathologie externe : Kyste hydatique du poumon (S. et D.).

Oral. — Premier groupe : Brûlures étendues superficielles ; crises comitiales. — Deuxième groupe : Ingestion récente de caustiques ; fractures récentes de la base du crâne. — Troisième groupe : Intoxication par l'oxyde de carbone ; perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde.

Hôpitaux de Saint-Étienne. — A la suite du concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Jacques Bérard a été nommé médecin des hôpitaux de Saint-Étienne.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome de Château-Picon (Gironde) est vacant par suite du départ de M. le docteur Ducos, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Châlons (Marne) est vacant par suite du départ de M. le docteur Albès, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Maréville est vacant par suite du départ de M. le docteur Aubry, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld est vacant par suite du départ de M. le docteur Spitz, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

École de Médecine de Grenoble. — M. Jean Corneloup, professeur à l'École de Médecine, a été nommé directeur de l'École de Médecine et de Pharmacie.

Légion d'honneur. — INTÉRIEUR. — *Chevalier :* le docteur Laurent, à Chaumont (Haute-Marne).

SANTÉ PUBLIQUE. — *Officiers :* MM. Bonduy (à Tours), Bordier (à Lyon), Busquet (à Paris), Dambrin (à Toulouse), Poupault (à Dieppe), Tournaire (à Clermont-Oise).

Chevaliers : M. Alamartine (à Vienne), Mme Blanquet (à Clermont-Ferrand), MM. Coste (à Marmande), Cros (à Saint-Étienne), Ferriol (à Settat, Maroc), Fournier (à Valenciennes), Gascoin (Indre-et-Loire), Giraud (à Beaujeu), Hilaire (à Levallois-Perret), Lauzier (à Dijon), Lubetzki (à Paris), Marquezy (à Paris), Ramonet (à Sermaize-les-Bains), Solomon (à Paris), Souvignet (à Castelnaudary).

JUSTICE. — *Chevalier :* le docteur Biagini (à Paris).

Distinctions honorifiques. — *La médaille pénitentiaire* est décernée à MM. les docteurs Desfarges (Gérard), Gros (Léon), Prieur (Albert), Vigouroux (Émile).

Médaille d'honneur du Service de Santé : La médaille en or a été décernée à M. le médecin général Paître, directeur de l'École d'application du Service de Santé militaire et des hôpitaux militaires d'instruction du Val-de-Grâce et Percy.

Médaille de vermeil : MM. Lombardy, Bercher, Badie.

Médaille d'argent : MM. Boidé, Dionisi.

Médaille d'honneur des épidémies. — Médaille d'argent : MM. Pouhin, Bergé.

Guerre. — Des concours auront lieu au Val-de-Grâce, le 1er juin 1939, pour les titres de médecin et de chirurgien des hôpitaux militaires ; le 8 juin, pour le titre de pharmacien-chimiste ; le 12 juin, pour le titre de spécialiste des hôpitaux militaires.

Inscriptions avant le 15 avril 1939.

Un concours s'ouvrira en 1939 pour le titre d'assistant des hôpitaux militaires (médecine, chirurgie, électroradiologie).

Inscriptions avant le 1er mars 1939, au Ministère de la Guerre, direction du S. S., 1er bureau, personnel.

Académie de Chirurgie. — *Bureau pour 1939.* — Le bureau de l'Académie de Chirurgie pour l'année 1939 est ainsi composé : M. Grégoire, président ; M. Mocquot, vice-président ; MM. Robert Monod et Rouhier, secrétaires annuels ; M. René Toupet, trésorier ; M. A. Basset, archiviste.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LIVRET DE SANTÉ

Sous le numéro 4584, en annexe au procès-verbal de la deuxième séance de la Chambre, le 16 décembre 1938, nous trouvons un rapport fait au nom de la Commission de la Santé Publique sur une proposition de loi tendant à l'institution d'un « Livret de Santé ».

Ce livret de santé serait « un *curriculum vitae* de l'état normal ou morbide de chaque Français ou Française ».

Le besoin se faisait évidemment sentir de cataloguer et d'étiqueter les Français pour leur donner, de leur naissance à leur mort, la douce illusion qu'ils passent leur vie à la caserne et qu'ils ne sont plus que des numéros entre les mains d'un Etat de plus en plus totalitaire.

C'est au moins l'avis du rapporteur : « L'établissement de ce livret devient une nécessité pour plusieurs raisons. Et cela est si vrai que, depuis quelque temps, la presse et de nombreux conférenciers ont abordé ce sujet, que le Gouvernement, croyons-nous, a l'intention de prendre un décret pour le mettre en pratique. »

Il ne donne point les raisons dont il parle, mais son explication qu'il donne ainsi dans un langage châtié vaut bien qu'il en soit dispensé et que nous soyons convaincus.

Cependant, si on ne peut demander à un législateur d'être un logicien, on pourrait s'étonner qu'il ne connût pas les lois dont il parle ou les articles du code qu'il cite : ce paraît être le cas de l'article 378 du Code Pénal quand il dit que le médecin de famille « pourra toujours se mettre en communication avec le médecin inspecteur scolaire et lui délivrer, s'il le juge nécessaire, un certificat résumant le passé pathologique du jeune écolier ».

Encore un qui s'imagine, comme certain conseil juridique d'un groupement national, que les médecins fonctionnaires sont tenus au même secret que les médecins traitants!

Cela ne l'empêche pas de déclarer que la Commission est « soucieuse de renforcer la sauvegarde du secret médical »!

Par contre, il oublie de nous dire quels inspecteurs interviendront après l'âge scolaire : il en faudrait bien pourtant, d'abord pour obliger les Français à tenir à jour leur livret, et ensuite pour rétablir, dans les familles, la paix troublée par les révélations malencontreuses ou fortuites.

Il y a là, pour un bon parlementaire, une légion de fonctionnaires à créer.

Quant au texte, le voici :

Article premier.

« Dans un délai de six mois à dater de la promulgation de la présente loi, il sera mis à la disposition des maires des livrets de santé qui devront être établis aux nom et prénoms de l'enfant et obligatoirement délivrés lors de toute déclaration de naissance.

Article 2.

« Ce livret sera présenté par son titulaire à la seule demande du médecin traitant, qui devra y consigner toute maladie de caractère contagieux ou chronique, toutes vaccinations effectuées, toute intervention médico-chirurgicale que subira le titulaire du dit livret. Y seront également mentionnées toutes observations cliniques relatives à l'état physiologique du titulaire. »

Un des membres de la Commission, particulièrement avisé, a fait ajouter que ce livret devrait être également mis à la disposition du chirurgien-dentiste.

Il est bien inutile d'aller plus loin, car nous sommes en pleine divagation idéologique.

Mais nous serions heureux de savoir ce que notre groupement national a fait pour ou contre cette proposition de loi.

A. HERPIN.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec une vive peine la mort de M. le médecin général Paître, directeur de l'École d'application du S. S. au Val-de-Grâce, décédé à l'hôpital militaire Robert Picqué, à Bordeaux.

— Le médecin colonel des troupes coloniales en retraite Bertin Capus (à Marseille).

— Don Juan Madinaveitia, le réputé professeur de Madrid, bien connu par ses travaux de gastroentérologie, décédé à Barcelone.

— Le docteur Americo Garibaldi, docteur en médecine de l'Université de Paris, professeur à l'Université de Lima, décédé à New-York.

— Le docteur François Buisson, décédé à Lille, à l'âge de quatre-vingt-dix-sept ans. Il était vice-président honoraire de l'Association générale des Médecins de France.

— Le docteur Robert Sorel, ancien interne des hôpitaux de Paris (1890), ancien chirurgien de l'hôpital du Havre ; ancien conseiller municipal du Havre où il organisa le premier bureau d'hygiène. On lui doit l'introduction en France des gants de caoutchouc pour les interventions chirurgicales.

DE QUELQUES TROUBLES NERVEUX
consécutifs
à l'absorption de médicaments peu toxiques

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Dans le vaste cadre des intoxications médicamenteuses nous nous demandons s'il n'y aurait pas lieu de réserver une place à des troubles nerveux consécutifs à l'absorption de médicaments considérés habituellement comme peu toxiques et convenablement donnés. Si nous nous posons cette question, c'est que, dans ces dernières années, nous avons eu l'occasion d'observer au moins trois cas de ce genre.

***

OBSERVATION I. — S. Georges, 11 ans, envoyé le 28 mai 1931, par le professeur F. Lemaître, pour crises comitiales.

Ses *A. H. et A. P.* tiennent en peu de mots. La grand'mère maternelle était épileptique (?). Son père, qui a eu deux frères morts de méningite (?), a été jadis atteint de coxalgie. Sa mère est bien portante. Il est venu au monde, à la suite d'une grossesse normale, dans de bonnes conditions, a marché à 14 mois, parlé à 16. Il a eu la diphtérie et semble sujet aux bronchites.

H. de la M. — De bonne heure, on s'est aperçu de l'existence, chez lui, de :

1° *Troubles du caractère*, surtout nocturnes : le soir, l'enfant devenait grognon et il fallait le promener une partie de la nuit ;

2° *Troubles de l'intelligence :* il n'a pas pu se présenter au certificat d'études, bien qu'il l'ait préparé avec ardeur. Son âge, tant mental que scolaire, est de 10 ans 1/2 environ. Pour M. Gilbert Robin, à qui nous devons ces renseignements, il est atteint de débilité mentale simple, perfectible ;

3° *Accidents comitiaux* ayant commencé, il y a six mois, par des absences, auxquelles ont succédé des vertiges, remplacés eux-mêmes par de grandes attaques, assez fréquentes pour que nous ayons eu l'occasion d'assister à l'une d'elles, et qui nous a semblé caractéristique : perte de connaissance, chute à terre, contractions toniques et cloniques, urination involontaire, morsure de la langue, stertor consécutif. Il n'a encore subi aucun traitement

Son état général est excellent : il n'offre aucune tare viscérale, aucune malformation, aucun gros trouble nerveux. Rien ne permet de penser, chez lui, ni à la syphilis héréditaire, ni à une tumeur cérébrale. La stase papillaire, cherchée par M. Dupuy-Dutemps à diverses reprises, fait constamment défaut. La recherche de Hecht est négative pour son sang. A la radiographie du crâne, impressions digitiforme assez marquées. Il est mis d'abord au gardénal, à la dose de 0 g., 04 par jour ensuite au salicylate de soude, au borotartrate de potassium, à la radiothérapie crânienne, à l'acide phosphorique, au belladénal, à l'acécoline. Ces divers traitements ayant échoué, on revient au gardénal dont on donne 0 g., 10 par jour, en cinq reprises.

Le 26 octobre 1935, le malade revient pour une faiblesse nette des membres inférieurs, datant de quinze jours et apparue sans cause. La marche est pénible, la force segmentaire diminuée, la flexion dorsale des orteils, très limitée. L'hypotonie des tibio-tarsiennes est manifeste. Les réflexes achilléens et médio-plantaires sont abolis ; les réflexes rotuliens existent. Il n'y a ni signe de Babinski ni troubles de la sensibilité des fonctions, ni troubles trophiques, des sphincters. La colonne vertébrale est intacte. Le reste du système nerveux est normal, l'état général parfait.

La ponction lombaire donne les résultats suivants : Sucre, 0 g., 58 ; chlorures, 7 g., 55. Les réactions de B.-W. et du benjoin colloïdal sont malheureusement d'interprétation difficile, étant donné la présence de sang, provenant de la piqûre, dans le liquide céphalo-rachidien. L'examen électrique montre l'absence de toute D. R. dans le domaine des extenseurs des orteils et des fléchisseurs dorsaux des pieds.

Le jeune S... est donc atteint de *paralysie flasque légère*, survenue il y a une quinzaine de jours et dont il s'agit de déterminer la cause. M. J. Lhermite, consulté par nous, pense que l'on se trouve en présence, non d'une polynévrite, mais d'une cellulo-névrite, et conseille la strychnine. En un mois environ, les troubles moteurs s'atténuent pour disparaître complètement.

Il est sans doute difficile d'établir entre le médicament et les accidents observés à sa suite une relation causale. En effet :

1° Les doses de gardénal ont toujours été modérées ;

2° Nous avons, depuis 1919, comme tous nos collègues spécialisés, recouru à ce précieux médicament sans en avoir jamais le mondre ennui, à condition de fractionner les doses, de ne pas dépasser, chez l'adulte, 0 gr 20, et d'exercer une surveillance constante sur le malade pendant toute la durée du traitement ;

3° La bibliographie de la question ne nous a montré aucun cas analogue. Sans doute, connaissons-nous la somnolence, l'état ébrieux, les éruptions, qui ont été signalés, surtout au début, comme les phénomènes de paralysie ascendante aiguë liée à l'infiltration d'hématopotrphyrine dans les grandes cellules radiculaires, décrits par M. J. Lhermitte et ses collaborateurs, mais de paraplégie flasque curable, nous n'en connaissons aucun cas. MM. F. Layani et J. Bernard, dans leur excellent article de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale (Intoxications, Barbituriques*, 16041, p. 4), signalent bien des formes polynévritiques, non sans que la plupart succèdent au coma. Ils ajoutent, il est vrai : « La polynévrite a pu être observée en dehors du coma ». Est-ce à un cas de ce genre que nous avons eu affaire, et particulièrement, à un cas fruste, également mentionné par les mêmes auteurs? La question mérite d'être posée.

OBSERVATION II. — X., Jeannine, 11 ans, entrée le 24 mars 1938, à l'hôpital Saint-Louis, annexe Grancher, pour crises comitiales datant de l'âge de 3 ans et pour des troubles diffus du système nerveux, ceux-ci tout récents.

Un seul antécédent héréditaire important : le père a une réaction de B.-W. positive pour le sang.

H. de la M. — La fillette a été vue par plusieurs médecins distingués qui, en raison de ses antécédents, l'ont mise au traitement spécifique, d'abord sous forme de frictions hydrargyriques, puis, plus récemment, d'injections sous-cutanées d'acétylarsan, données à doses convenables et sous surveillance médicale stricte. Inutile de dire qu'à ce traitement, ils avaient ajouté du gardénal (0 g., 15 par jour).

Au cours de ce traitement, sont apparus des troubles neurologiques pour lesquels le docteur Lévy-Valensi, qui suivait la malade, l'envoya dans le service du professeur Guillain. Voici, tels qu'ils nous ont été communiqués par M. Lévy-Valensi, les résultats de l'examen fait à la Clinique neurologique :

Yeux : pupilles, motilité, fond d'yeux : normaux.

O.R.L. Audition normale. Nystagmus spontané : quelques secousses de nystagmus horizontal bilatéral. Épreuve calorique : 10 cm³ d'eau à 25° amènent un nystagmus peu prolongé, avec vertiges et nausées. Grosse prédominance de la secousse lente.

Conclusions : troubles vestibulaires centraux caractérisés par :

1° Un léger nystagmus spontané bilatéral ;

2° Une hyperexcitabilité vestibulaire bilatérale.

A la ponction lombaire, liquide clair, de tension moyenne ; pas de blocage. Albumine : 0 g., 22. Réactions de Pandy et de Weichbrodt négatives. Cytologie : 0.4 lymphocyte par millimètre cube. B. W. H⁸. Benjoin colloïdal : 0000002222 000000.

Sang : B.-W. et Hecht négatifs.

Radiographie du crâne, normale.

Dans sa lettre au docteur Lévy-Valensi, l'assistant du professeur Guillain insistait, en plus, sur le psychisme un peu particulier de l'enfant, avec tendances aux attitudes théâtrales, à l'amplification, etc., et demandait à ce que, dans le traitement, on fît une part à la psychothérapie.

E. A. — Lors de son entrée dans le service, nous constatons des troubles moteurs, d'ailleurs atténués, de type complexe : diminution de la force segmentaire, portant spécialement sur le membre inférieur gauche, lenteur des mouvements du même côté, qui est le siège d'une adiadococinésie et d'une dysmétrie assez nettes, avec tendance à la décomposition des mouvements ; atonie généralisée ; marche difficile, mal assurée, la malade donnant, à chaque instant, l'impression de vouloir s'effondrer, l'élément parétique paraissant l'emporter sur l'élément cérébelleux ; en tout cas, aucun signe net de paralysie des nerfs craniens.

Les réflexes tendineux existent tous, mais sont plutôt faibles. Il nous a semblé qu'il y avait, à gauche, tendance au signe de Babinski. La trépidation spinale fait défaut.

Il n'existe aucun trouble sensitif, trophique ou sphinctérien.

Nous avons déjà signalé cette tendance à exagérer, à amplifier, à déformer les troubles moteurs observés, et dont ils rendent l'interprétation difficile : avec tous ceux qui, avant nous, ont vu la malade, avec M. Jean Sigwald, qui a bien voulu l'examiner avec nous, nous pensons qu'il s'agit de troubles hystéro-organiques, ceux-là réduits par quelques séances d'intimidation, ceux-ci, un peu plus durables, indiquent des lésions diffuses du névraxe à prédominance cérébelleuse, et n'ont, d'ailleurs, pas persisté, car nous avons revu la fillette à diverses reprises et nous avons pu constater, chez elle, le retour complet à la normale des diverses fonctions nerveuses.

Que penser de ce cas complexe? Le seul point qui ne paraisse pas contestable, c'est que les troubles moteurs ont apparu à la suite d'une série d'injections sous-cutanées d'acétylarsan. Sans doute, ce médicament est-il capable, dans quelques cas exceptionnels, de provoquer de graves accidents nerveux (J. Lhermitte, André Thomas), mais d'habitude, il est très bien supporté. Un de nos maîtres a coutume de dire qu'il ne le considère pas comme plus toxique que l'eau. Nous-mêmes, nous l'avons expérimenté bien des fois sans le moindre accident. Et pourtant, on peut se demander s'il n'a pas été en cause dans le cas précédent comme dans le cas suivant.

Observation III. — Une dame d'un certain âge, de bonne santé habituelle, est amenée par son médecin, pour un lichen plan, à un maître de la dermatologie, qui lui prescrit des injections sous-cutanées d'acétylarsan. Celles-ci sont faites, avec beaucoup de soin, par le médecin traitant qui se conforme strictement aux indications qui lui avaient été données. Dès la première, malaise léger ; à la seconde, effectuée quelques jours après, vomissements, céphalée, frissons ; quelques heures après la troisième, paraplégie flasque totale. Appelé en consultation, nous constatons l'existence d'une tétraplégie intéressant surtout les membres inférieurs, où elle est totale, les membres supérieurs sont beaucoup moins pris. Les réflexes tendineux et périostés sont plutôt exagérés, le signe de Babinski douteux. La sensibilité objective à tous les modes (hypoesthésie, erreurs de localisation, etc.) est très altérée aux membres inférieurs, qui sont le siège de vives douleurs. De même, les troubles sphinctériens, portant à la fois sur les fonctions anales et vésicales, acquièrent, dès le début, une grande intensité. De bonne heure, enfin, apparaissent des escarres talonnières, trochantériennes et, surtout, fessières. Ces dernières, bilatérales, atteignent, malgré tous les soins, le volume du poing. Le cou est paralysé, la face intacte. L'état général est médiocre. Le docteur Lhermitte, qui veut bien voir la malade avec nous, se demande si l'acétylarsan n'est pas en cause. Ultérieurement, et à la longue, guérison des escarres, mais apparition d'une paraplégie spasmodique typique qui durait encore la dernière fois que nous avons vu la malade.

Ainsi donc, apparition, au cours d'un traitement par l'acétylarsan, d'une paraplégie grave, d'abord flasque, puis spasmodique. Sans doute, pourra-t-on dire qu'il s'agit de coïncidence. A cette objection il est facile de répondre que, dès la première injection, faite à toute petite dose, sont apparus des phénomènes d'intolérance, qui se sont aggravés au cours des suivantes, si bien qu'entre la médication et les accidents paraissent bien exister des relations de cause à effet. Encore une fois, nous reconnaissons bien volontiers que, d'habitude, l'acétylarsan est admirablement toléré, mais notre cas ne constitue-t-il pas une exception à ajouter aux quelques faits analogues qu'on trouve dans la littérature?

***

Voilà donc trois cas de troubles nerveux survenant au cours d'un traitement médicamenteux : deux bénins : paraplégie flasque légère pour le premier ; phénomènes cérébello-spasmodiques, pour le second ; un grave : paraplégie flasque suivie d'une paraplégie spasmodique. Pour le premier, le médicament en cause a été le gardénal, pour les deux autres, l'acétylarsan. Comment les expliquer? Par une susceptibilité particulière de nos malades? Ne faut-il pas plutôt les considérer comme des phénomènes biotropiques, l'agression médicamenteuse, ayant eu pour résultat, selon l'ingénieuse hypothèse de G. Milian, de rappeler à l'activité quelque virus neurotrope qui, jusque là, vivait d'une existence saprophyte dans la profondeur des tissus? Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que l'emploi de médicaments peu toxiques, et dont nous nous servons chaque jour à notre entière satisfaction, peuvent, dans des circonstances exceptionnelles et mal élucidées, déclancher des accidents nerveux de gravité variable.

Parasitologie médicale, par Hervé Harant. 202 p., 95 fig. ou photos. Maloine, édit. Collection « Les Petits Précis », 1939. 1 volume : 18 francs.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. Weitz, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.


BULGARINE
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL
DE BACILLES BULGARES
GOUTTES
BOUILLON
COMPRIMÉS
POUDRE
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

XXVe CONGRÈS DE MÉDECINE (1)

Marseille, 10, 11, 12 novembre 1938

Président : M. le Professeur OLMER

TROISIÈME QUESTION

LA THERAPEUTIQUE DES AVITAMINOSES DE L'ADULTE

I. — Introduction à l'étude de la thérapeutique des avitaminoses

M. MOURIQUAND (Lyon).

Le rapporteur s'efforce d'établir les principes bio-cliniques essentiels sur lesquels vient s'appuyer actuellement la thérapeutique des avitaminoses.

Le nombre des avitaminoses à sémiologie affirmée paraît diminuer progressivement et actuellement, le médecin doit tourner son attention vers les formes à symptomatologie atténuée et vers les dystrophies inapparentes liées à des avitaminoses partielles.

D'autre part, il existe, au cours des avitaminoses, une première phase réversible au cours de laquelle la vitamine permet la guérison, et une seconde phase irréversible au cours de laquelle cette thérapeutique n'agit plus.

Les dystrophies inapparentes sont conditionnées par certains facteurs, comme certains facteurs peuvent les révéler. Cette phrase inapparente des avitaminoses pourra être très prolongée et durera tant qu'un facteur révélateur ne viendra pas déclencher les manifestations caractéristiques. Le rapporteur discute et précise les caractères des dystrophies inapparentes pour les diverses avitaminoses.

Il souligne qu'en matière d'avitaminose la carence alimentaire n'est pas seule à envisager; à côté des carences primordialement digestives, d'autres sont primordialement nutritives. Le jeu des avitaminoses nécessite l'existence d'un équilibre alimentaire conditionnant celui d'un équilibre nutritif. Il faut connaître la possibilité de troubles digestifs graves au cours de certaines avitaminoses qui guérissent plus ou moins rapidement par l'introduction de la vitamine déficiente.

Enfin, il existe des cas de carence qui ne paraissent relever ni d'une carence alimentaire, ni d'une carence digestive : le déséquilibre résultant de troubles d'origine nutritive. Il apparaît que certains troubles hépatiques favorisent l'évolution de certaines avitaminoses, notion à retenir pour la thérapeutique.

A l'occasion de la carence nutritive se pose la question des rapports des hormones et des vitamines. On a d'abord considéré que les vitamines s'opposaient aux hormones parce que « hormones d'origine externe », elles étaient empruntées au monde végétal, tandis que le monde animal seul pouvait produire des hormones internes. Cette distinction n'est plus exactement valable aujourd'hui. Les substances hormonales ou vitaminiques peuvent s'associer aux protéines pour former les ferments diastasiques indispensables à la nutrition. Au point de vue chimique, les rapports hormones-vitamines n'apparaissent pas constants. Pourtant, il existe toute une série de corps dérivés des stérols et du phénantrène, d'où sont issues des vitamines et des hormones. Suivant les modifications qu'elle subit, une même chaîne peut fournir la vitamine D, les substances sexuelles et les substances carcinogènes. On en retiendra que, sauf indication particulière, il ne paraît pas spécialement indiqué de prescrire, à partir d'un certain âge, des doses importantes de vitamines ou de certaines hormones.

Mais la thérapeutique des avitaminoses paraît se poser également même en dehors des malades par carence (tuberculose, cancer, diphtérie, par exemple) où il conviendra de s'assurer, dans la mesure du possible, du degré de carence de l'organisme pour le rectifier.

Enfin, on observe, chez certains organismes, une inaptitude particulière à l'assimilation dont la cause réelle échappe : dans ce cas, à côté de certaines cures thermales, il faudra avoir recours avant tout à des changements climatiques, qui peuvent devenir le point de départ d'une meilleure assimilation et utilisation des vitamines et hormones.

En pratique, on retiendra quelques grands principes : la notion de précarence, de carence fruste et de dystrophies inapparentes, la notion de facteurs révélateurs, la notion enfin d'une phase irréversible, faisant suite plus ou moins tardivement à la phase réversible, et où, malgré le traitement approprié, les troubles ne régresseront plus.

II. — Les bases du traitement des avitaminoses A

M. A. CHEVALLIER (de Marseille).

Le rapporteur après avoir rappelé comment s'est établie la notion de vitamine A et comment se fait la transformation de carotène en vitamine A (ce qui nécessite des méthodes de dosage permettant la séparation des molécules de vitamines A et de carotènes), étudie les conséquences de la carence en vitamine A chez l'animal; il montre que l'effet de la carence en vitamine A sur l'organisme réside fondamentalement dans une dystrophie de certains éléments cytologiques, représentée par une dégénérescence des épithéliums qui ont tendance à se kératiniser. C'est un phénomène général qui se traduit parfois d'une manière plus marquée au niveau de l'œil (xérophtalmie) ou de la muqueuse vaginale (colpokératose) ou bien sur le trajet du tractus digestif ou de l'appareil respiratoire.

Le cycle de la vitamine A est actuellement bien précisé. L'apport se fait par transmission de l'organisme maternel aux jeunes, ou par absorption alimentaire (la vitamine A ne se trouvant dans l'alimentation qu'associée à des graisses animales). Ce corps liposoluble suit le sort des liquides dans le tractus digestif (expérience de A. Chevallier, P. Augier et Y. Choron). La vitamine A se trouve dans le sang circulant : A. Chevallier avec Y. Choron et Dubouloz, ont mis au point une technique permettant de la détecter dans le sang par la spectrophotométrie dans l'ultra-violet : normalement on en trouve 0,40 unité par gramme de sérum. La vitamine extraite du sang possède des caractères de solubilité très séparés de ceux de la vitamine hépatique. Chevallier a ainsi distingué une hémovitamine A qui est un alcool, et une hépato-vitamine qui est un esther de cet alcool. Si la vitamine A se trouve dans le sang et si la circulation assure sa répartition dans toutes les régions de l'organisme vivant, le foie est pratiquement le seul organe où cette substance se rencontre à haute concentration : il est le seul qui paraisse susceptible d'emmagasiner une réserve en vitamine.

La vitamine A participe à certains processus physiologiques généraux; elle joue un rôle sur le métabolisme de base qu'elle abaisse; elle intervient dans le fonctionnement du système nerveux (chez les animaux dont la réserve en vitamine A a disparu, on observe une égalisation de la chronaxie des fléchisseurs et des extenseurs); elle intervient encore dans le mécanisme de la vision; enfin elle joue un rôle fondamental dans la régénération tissulaire, l'intervention du facteur A paraissant se produire surtout au niveau du tissu conjonctif.

Plutôt que d'étudier tous les faits où la carence en vitamine A a été incriminée en pathologie, le rapporteur pré-

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1938, p. 1510; 1939, p. 22.

fère préciser quels sont les signes de la carence en vitamine A chez l'homme et les règles de la thérapeutique de cette carence.

Il distingue l'état de carence complet caractérisé par de la xérophtalmie, des modifications de la peau (déshydratation des couches superficielles de l'épithélium, présence d'hyperkératose et de parakératose, augmentation du pigment déposé au niveau de l'épithélium), des troubles digestifs (en particulier anachlorhydrie, diarrhée), des troubles urinaires (calculs de la vessie et des reins), des modifications des voies respiratoires, des altérations des glandes endocrines (surrénales, thyroïdes). A côté de ces états, il existe des carences incomplètes que peuvent mettre en évidence, à côté de certains des signes cliniques précédents, la mesure de la chronaxie motrice et le taux de la vitamine A dans le sang. Enfin, il existe aussi une précarence d'un très grand intérêt pratique.

Pour envisager la part que le test thérapeutique prend dans l'étude du problème pathologique général de la vitamine A, le rapporteur envisage les étiologies diverses de la carence : il distingue les *carences primitives* (réalisées par une insuffisance globale de la ration alimentaire ou par un déséquilibre de cette ration ne comportant pas la quantité de vitamine nécessaire à l'organisme), cette carence primitive pouvant tenir à des causes individuelles ou à des causes sociales ; les *carences secondaires* ou d'absorption (soit par défaut d'absorption intestinale de la vitamine A ou des pigments, soit par troubles dans la transformation du carotène en vitamine) ; enfin les *carences associées*, s'observant au cours d'affections ne comportant pas de troubles avérés de l'assimilation : telles que lithiase rénale, cirrhoses éthyliques, certaines anémies du type Biermer avec altération du système nerveux, fièvres typhoïdes.

Le rapport se termine par l'étude des modes d'administration de la vitamine A : tout d'abord nécessité d'employer la vitamine A elle-même et non pas les pro-vitamines; possibilité d'utiliser : les *applications locales* (en se souvenant que l'on déclenche facilement des phénomènes d'hypervitaminose locale) ; l'*ingestion* (mode précieux dans les cas de carence primitive ou de certaines carences associées dans lesquelles il n'existe pas de trouble d'absorption; la tolérance de l'organisme paraît ici très grande mais il n'y a pas intérêt à dépasser les quantités de 20.000 unités par jour chez l'adulte), enfin *injections intramusculaires profondes* (particulièrement indiquées lorsque l'absorption des liquides ne se fait pas, et doses employées devant correspondre à 20.000, 30.000 ou 40.000 unités).

Comme pour les autres avitaminoses, il faudra se souvenir qu'à un moment donné de l'évolution tout se passe comme si le syndrome devenait irréversible.

III. — Sur la thérapeutique des avitaminoses de l'adulte en pays tropical (béribéri, sprue)

MM. Toullec et Riou (d'Hanoï)

L'étiologie du béribéri est dominée par la question du déséquilibre alimentaire caractérisé surtout par la prépondérance des glucides, le faible pourcentage des glycérides et des protides, avec insuffisance d'apport des aliments protecteurs. Sa prophylaxie pratique semble devoir être orientée surtout vers la préparation du riz décortiqué vitaminé et vers l'utilisation des aliments protecteurs, au premier plan desquels il faut, en Indochine, placer le soja. La thérapeutique par les injections parentérales de vitamine B_1 donne de remarquables résultats sur les troubles nerveux, les secteurs et surtout sur les accidents aigus de la maladie : troubles digestifs, cardio-vasculaires et musculaires. L'étude pathogénique de ces derniers semble bien montrer que le béribéri est, avant tout, dû à un trouble de la glycogéno-régulation tissulaire.

La sprue, caractérisée par une absorption défectueuse des corps gras de l'alimentation, entraîne une stéatorrhée et une dénutrition générale qui déterminent une poly-avitaminose secondaire avec, à la longue, des troubles endocriniens. Ceux-ci, comme les déficiences vitaminiques, sont protéiformes et rendent très délicat le traitement de chaque cas particulier qui doit être surtout diététique, comportant un régime varié à base de fruits, légumes, protides, rationné en glucides et éliminant les graisses. Par ailleurs, le traitement de base qui paraît actuellement particulièrement efficace consiste en injections intraveineuses d'acide ascorbique à doses suffisantes associées à l'hépatothérapie. Ce traitement de base peut être complété suivant les cas par un traitement symptomatique qui doit être déduit d'un examen particulièrement approfondi du malade.

IV. — Thérapeutique des avitaminoses C

MM. A. Giroud et C.-P. Leblond (de Paris).

Après avoir rappelé que la principale cause de l'avitaminose C est une carence alimentaire (puisque l'homme n'est pas capable de synthétiser l'acide ascorbique), mais qu'il existe aussi parfois, dans certains cas d'alimentation normale, une destruction de vitamine C dans le tube digestif (facteurs alimentaires), ou bien des besoins accrus de l'organisme (facteurs internes), ou bien des agents extérieurs modifiant le métabolisme de l'acide ascorbique (facteurs externes), les rapporteurs montrent que l'évaluation de la carence, de la précarence et des déficiences asymptomatiques est basée sur l'interrogatoire minutieux portant sur l'alimentation dans l'année ou les mois qui précèdent, mais aussi sur les signes de scorbut ou de préscorbut de l'adulte et ceux de maladie de Barlow chez l'enfant, ainsi que sur l'anayse du sang et surtout de l'urine (un taux d'acide ascorbique inférieur à 10 milligrammes par litre dans l'urine, à 5 milligrammes par litre dans le sang indiquant une déficience). Ils y insistent aussi sur l'intérêt pour le diagnostic des effets de l'administration orale de 300 milligrammes d'acide ascorbique chaque matin.

Ils précisent ensuite les règles générales de la thérapeutique : doses, toxicité et voies d'administration de l'acide ascorbique, en même temps que les autres indications générales : régime, repos, traitement étiologique.

Puis ils envisagent les directives pratiques du traitement du scorbut, de la précarence, des déficiences chimiques chez l'adulte et chez le vieillard. Ils remarquent que l'acide ascorbique a une efficacité indiscutable : toutefois, du fait de la complexité de ces avitaminoses (avitaminose B simultanée), l'utilisation de jus de fruits peut avantageusement être adjointe. Il n'y a pas de véritable contre-indication à l'emploi de l'acide ascorbique si l'on n'utilise que des doses journalières moyennes, 50 milligrammes chez l'enfant, de 300 milligrammes chez l'adulte, sauf chez des individus porteurs de néoplasme.

Toutes ces déficiences peuvent d'ailleurs être évitées en assurant un apport alimentaire journalier, équivalent environ à 50 milligrammes d'acide ascorbique chez l'adulte à 20 milligrammes chez l'enfant.

V. — La thérapeutique de la pellagre

MM. J. Nitzulescu (Jassy, Roumanie).

La thérapeutique de la pellagre reste subordonnée à la connaissance de son étiologie et de sa pathogénie. S'il reste acquis que la pellagre endémique est causée par l'abus du maïs, on n'est pas d'accord sur la manière dont s'exerce cette action nocive. Il est probable que le déséquilibre alimentaire qu'il réalise est assez complexe et que l'avitaminose s'associe à d'autres facteurs encore mal précisés de production.

La thérapeutique de la pellagre doit intervenir assez tôt, avant que la phase irréversible ne s'installe. La diminution ou la suppression du maïs s'impose, en même temps que le rétablissement de l'équilibre alimentaire par l'utilisation des aliments protecteurs. Les essais longtemps poursuivis avec la levure le bière n'ont pas donné par la suite les brillants résultats qu'ils avaient permis au début. En fait, tous les traitements spécifiques n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité (arsenic, extraits de foie ou de muqueuse stomacale). Quant au dernier d'entre eux, l'acide nicotinique, qui paraît avoir donné des succès, l'avenir dira si on doit le considérer comme une vitamine spécifique de la pellagre. Il faut d'ailleurs se demander si les succès obtenus par les différents médicaments dits « spécifiques » ne sont pas autre chose que le résultat d'une simple action pharmacodynamique, propre à combattre un certain nombre de symptômes de la maladie.

En pratique, on retiendra que la pellagre doit être surtout combattue par une amélioration du régime alimentaire, et pour cela on tiendra compte de deux éléments : suppression ou au moins diminution de la consommation du maïs, et aussi lutte contre la monotonie du régime par une utilisation meilleure des aliments protecteurs (lait, viande, légumes), susceptibles de corriger les carences alimentaires et de fournir les minéraux, les acides aminés, les vitamines indispensables à une bonne nutrition, et peut-être même la vitamine antipellagreuse.

VI. — La thérapeutique des avitaminoses D de l'adulte

M. H. Willstaedt (d'Upsal, Suède)

Nous ne possédons que très peu de données exactes sur l'avitaminose D de l'adulte. La cause en est qu'il n'existe pas de méthode chimique pour la détermination des vitamines D. Donc nous ne pouvons voir que les cas d'avitaminose manifeste. Presque tous les cas d'hypo-vitaminose doivent nous échapper. Si la détermination chimique des vitamines D présente tant de difficulté, c'est que les quantités absolues trouvées dans les produits biologiques sont très inférieures à celles des autres vitamines.

La vraie avitaminose D de l'adulte est l'ostéomalacie, mais beaucoup de données démontrent l'importance des vitamines D dans le maintien de l'état normal des os et aussi des dents chez l'adulte.

Le rapporteur donne encore un court résumé des différentes vitamines D connues (D_2 D_5).

Discussion sur la théraputique des avitaminoses.

M. Georges Bickel (Genève) insiste sur l'importance qu'il y a, dans l'étude des besoins de l'organisme en vitamines, à considérer non seulement la dose minimale nécessaire à la prévention des maladies par carence, mais aussi la dose optimale, c'est-à-dire celle qui maintient l'organisme dans des conditions d'existence et de résistance les plus favorables. Entre ces deux doses, l'écart est souvent énorme, comme le montrent les observations faites sur le cobaye en ce qui concerne l'acide ascorbique.

Il signale, d'autre part, les bons résultats obtenus par un traitement à l'acide nicotinique chez deux pellagreux dont l'un présenta des accidents aigus à la suite d'une exposition trop prolongée aux rayons solaires, et rappelle que la plupart des cas de pellagre récemment observés en Suisse sont survenus chez des alcooliques.

M. Raoul Lecoq insiste sur la grande variabilité des besoins vitaminiques d'un sujet à l'autre. Les observations expérimentales de l'auteur, en rapport avec les observations cliniques, montrent que les avitaminoses se trouvent fréquemment compliquées de déséquilibre alimentaire ou nutritif exagérant le besoin en vitamine des individus. Plus que la carence, le déséquilibre humoral conditionne les syndromes avitaminiques. Ce déséquilibre peut être lié à l'inges-

tion d'aliments déséquilibrants, à une dysmicrobie intestinale (spécialement au développement d'une flore microbienne acidifiante), à des troubles nutritifs divers (dysmétabolies), à des dysfonctionnements endoctriniens ou à des troubles du système neuro-végétatif. Dans tous les cas, la vitaminothérapie ne perd pas ses droits, mais ses échecs se trouvent expliqués, car certains déséquilibres atteignant d'emblée la phase irréversible doivent être corrigés avant que l'organisme puisse tirer profit de la thérapeutique par les vitamines.

M. Simonnet (Paris) demande à M. Leblond s'il estime pouvoir classer les sujets en état de carence occulte de vitamine C par la seule considération du taux de l'élimination urinaire de ce principe. Il lui demande également ce qu'il pense du test de Rotter, fondé sur la vitesse de décoloration du dichloro-phénol-indo-phénol injecté dans l'épaisseur de la peau.

Essai thérapeutique sur l'emploi local de la vitamine A

M. Sureau (Paris).

Deux types d'organisme paraissent particulièrement sujets à une carence en vitamine A : le nouveau-né et la femme enceinte. Pour cette dernière, la carence s'explique par la multiplication cellulaire fœtale qui entraîne une consommation considérable de vitamine.

L'auteur étudie la seule action thérapeutique de la vitamine A sur des organismes carencés, et par extension sur des organismes supposés carencés localement ou d'une façon plus générale : affections cutanées chez la femme enceinte, crevasses du sein, ulcères variqueux, escarres et trajets fistuleux post-opératoires, plaies périnéo-vulvaires, ulcérations du col, et accessoirement érythème du nouveau-né et pemphigus bénin épidémique. Cette thérapeutique à doses convenables donne d'excellents résultats.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA RESPONSABILITÉ DES PHARMACIENS

La responsabilité des pharmaciens, en cas de faute professionnelle, a été l'objet d'une abondante jurisprudence et les principes applicables en la matière sont solidement établis.

Il résulte ainsi d'un grand nombre de décisions, pour la plupart déjà anciennes, qu'un pharmacien engage sa responsabilité civile et pénale lorsqu'il délivre une préparation qui n'est pas conforme à l'ordonnance; un remède secret; un médicament sans ordonnance, notamment un poison qui entraîne des déchéances physiques; une préparation sur une ordonnance qui a déjà été exécutée, alors que le médecin n'a pas indiqué qu'elle put être renouvelée ; une préparation qu'il n'a pu exécuter qu'imparfaitement, soit par défaut de précision de l'ordonnance, soit parce que celle-ci destinée à l'un de ses confrères n'indique un médicament que par référence au livre d'ordonnances de ce dernier.

En d'autres espèces, il a été donné une extension toute particulière à la responsabilité du pharmacien, puisque celui-ci a été déclaré en faute pour n'avoir pas soit retardé l'exécution d'une ordonnance dont la rédaction lui était apparue erronée, soit refusé de délivrer une préparation qui lui semblait dangereuse.

Un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine du 20 juin 1938 (voir *Gazette du Palais*, 1938, 2, 420) vient de déterminer les devoirs et les responsabilités qui incombent aux pharmaciens lorsqu'ils délivrent des spécialités. La prescription de plus en plus fréquente de celles-ci confère un caractère fort intéressant à cette décision, qui, croyons-nous, est la première publiée, sinon prononcée en la matière.

Voici les faits de la cause. Un médecin avait ordonné d'administrer à un enfant de deux ans, qui souffrait de troubles intestinaux paraissant provoqués par des oxyures, divers remèdes et, notamment, cinq lavements, à raison d'un par jour, d'une solution du produit X à 4 pour 1.000 et à la dose de trois cuillerées à bouche par lavement.

Le père de l'enfant présenta l'ordonnance à un pharmacien. Celui-ci ne possédant pas le produit X envoya son employé en chercher chez un fabricant avec un bon de commande rappelant les termes de l'ordonnance.

Le fabricant délivra un flacon du produit en solution à 33 pour 100, forme sous laquelle, en solution, il est uniquement vendu dans le commerce.

Le pharmacien remit le remède à son client sans attirer l'attention de celui-ci sur la différence entre le médicament prescrit et le produit vendu.

Le client, pensant que le remède était conforme aux prescriptions du médecin, administra en lavement trois cuillerées à bouche de cette solution à son enfant. Le petit malade fut pris aussitôt de coliques et de vomissements et, malgré les soins donnés, expira deux jours après.

Deux expertises judiciaires furent diligentées, desquelles il résulta la preuve que le décès devait être attribué à l'erreur de dosage.

Le pharmacien, inculpé d'homicide par imprudence, reconnut avoir examiné le flacon délivré par le fabricant et avoir remarqué qu'il s'agissait d'une solution à 33 pour 100, mais déclara n'avoir pas jugé utile, bien qu'ayant en mains l'ordonnance précisant le dosage à 4 pour 1.000, d'effectuer lui-même la préparation de la solution.

Le Tribunal a estimé que, si le pharmacien n'avait pas, en l'espèce, à s'assurer de la qualité du produit, il devait cependant ne livrer au client que le médicament exactement ordonné par le médecin, dosé conformément aux prescriptions de celui-ci, alors surtout que l'importance du dosage ressortait à l'évidence des termes de l'ordonnance, la mention de ce dosage ayant été soulignée de trois traits.

Les juges en ont conclu qu'en n'attirant pas l'attention de son client sur la différence importante existant entre le médicament prescrit et le produit vendu, en ne se renseignant pas auprès du médecin et en livrant un remède qu'il savait n'être pas conforme à celui nécessité par l'état de l'enfant, le pharmacien avait fait preuve d'une méconnaissance absolue de ses obligations professionnelles et commis une négligence grave qui avait été la cause déterminante de la mort de l'enfant.

Ils ont, en conséquence, prononcé contre le pharmacien une sévère condamnation pénale et alloué aux parents de la petite victime d'importants dommages-intérêts.

Il resulte très nettement de cette décision qu'il incombe au pharmacien, d'une part, de vérifier sinon la qualité de la spécialité vendue, du moins la conformité exacte de celle-ci avec le médicament indiqué dans l'ordonnance et, d'autre part, d'attirer éventuellement l'attention du client et celle du médecin sur la différence entre le remède prescrit et le produit vendu, le pharmacien ne pouvant trouver aucune excuse admissible dans le fait que la spécialité délivrée aurait différé du produit commandé par lui au fabricant.

Cette solution s'inspire très exactement des principes énoncés dans les décisions rappelées précédemment.

Le pharmacien ne doit pas se contenter d'agir en tant que simple intermédiaire entre le fabricant de spécialités et le client, alors que celui-ci a remis une ordonnance à l'appui de sa commande. Il lui incombe, au contraire, de vérifier si le produit délivré est identique au médicament prescrit

par le médecin et, le cas échéant, d'avertir celui-ci et le malade des différences constatées.

En un mot, le pharmacien ne doit pas se comporter en banal commerçant détaillant, mais bien en véritable auxiliaire du médecin suivant le rôle auquel l'ont préparé ses études. Sans doute en résulte-t-il pour lui une plus lourde responsabilité, mais celle-ci n'est que le juste prix de sa flatteuse mission, rappelée si opportunément par les tribunaux.

C. NATTAN-LARRIER,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour de Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES TRAUMATISMES DU COUDE CHEZ L'ENFANT (1)

B) *Il n'existe pas de grosse déformation.*

La situation des points douloureux, la radiographie prennent toute leur valeur.

1) *Les signes sont en dehors.*

a) *Fracture du condyle externe* la plus fréquente, détachant la moitié externe de la palette.

Tuméfaction peu marquée.

En dehors : une tuméfaction, un point douloureux, une large ecchymose qui diffuse vers l'avant-bras.

On est en droit ici de rechercher doucement la mobilité anormale ; la crépitation est exceptionnelle.

Radiographie.

— De face : deux lignes claires convergentes.

— L'inférieure est le cartilage de conjugaison.

— La supérieure, le trait de fracture.

— Le fragment externe est coupé en deux par le cartilage.

— De profil : deux ergots clairs superposés.

b) *Fracture de la tête ou du col du radius,* chez les enfants de 8 à 12 ans. Les signes sont bas situés, les mouvements de flexion conservés.

La radiographie fait le diagnostic.

c) *Lésion de Monteggia.* — Fracture cubitale manifestée par un coup de hache ; luxation radiale empêchant la flexion du coude. En dehors, on sent la cupule roulant sous le doigt dans les mouvements de prono-supination.

d) *Pronation douloureuse* des jeunes enfants, avant 5 ans. Après une traction brusque sur l'avant-bras, douleur localisée au coude, bras inerte en pronation permanente. Rien à la radiographie.

2) *Les signes sont en dedans :*

a) *Forme de l'épitrochlée.*

Un point douloureux.

Une ecchymose interne diffusant vers l'avant-bras.

Radiographie : épitrochlée détachée, abaissée, parfois engagée dans l'interligne.

b) *Entorse du ligament latéral interne.*

3) *Les signes sont en arrière.*

Fracture de l'olécrâne.

Point douloureux, rainure interfragmentaire, diminution de l'extension.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1939, n° 1, du 4 janvier.

TRAUMATISME ANCIEN

On est en présence :

1° *D'un coude déformé.* Il peut s'agir :

— Du cal vicieux d'une fracture mal réduite.

— Du cubitus valgus physiologique, après fracture du condyle externe.

— D'une luxation ancienne. Avant d'intervenir, apprécier :

La valeur de la néarthrose.

La position du coude.

Les besoins du sujet,

Car les résultats de la reposition sont médiocres.

2° *D'une limitation des mouvements :*

— Butoir diaphysaire, après fracture transversale, qui ascensionnera.

— Arthrite traumatique.

— Ostéome du brachial antérieur, surtout après luxation.

3° *D'une paralysie.*

— Rarement du médian.

— Surtout du cubital, après fracture du condyle externe.

PIERRE SAGAUT.

INFORMATIONS

(Suite de la page 34.)

Centre de liaison des œuvres d'Entr'aide médicale. — Le Centre de liaison vient de tenir sa réunion trimestrielle à laquelle étaient présents les délégués de l'Association générale, Société centrale, Association de la Seine, Concours, Mutualité familiale, Lagoguey, Confraternelle, Médecins du Front, Secours syndical, F. E. M., Maison du Médecin, Externes, Femmes-Médecins, Mutuelle de Saumur, Prévoyance médicale, Médecine et Famille.

Ils ont pris connaissance, avec un très vif intérêt, d'une documentation déjà importante, recueillie, sous la forme d'un jeu de fiches anonymes et respectant le secret, sur la situation des confrères malheureux et de leur famille et sur la distribution des secours à eux accordés.

Citons, au milieu d'un grand nombre et au hasard des demandes des délégués, les cas suivants de veuves ou confrères ayant reçu de plusieurs œuvres en quelques mois :

Dr X. .	10.000+3.000+3.000+2.000+2.000	= 20.000 fr.
Mme Y.	4.000+10.000+4.000	= 18.000 —
Dr Z.	2.400+5.000+10.000	= 17.400 —
Mme V.	4.000+10.000+6.000	= 20.000 —

En outre, certains appels à la charité publique étant fait dans la presse de la part de veuves ou confrères, qui laissent croire qu'ils sont abandonnés des œuvres, on a pu établir, dans deux cas désignés, qu'une veuve et un médecin avaient pourtant reçu récemment l'un 16.000, l'autre 12.000 francs.

Il était utile de souligner l'importance des secours apportés par nos œuvres aux confrères malheureux — et aussi les moyens d'information qu'offre désormais à celles-ci le Centre de liaison pour mettre en accord leurs générosités et les distribuer à bon escient.

Se renseigner sur nos œuvres confraternelles de bienfaisance ou de prévoyance au Centre de liaison des œuvres d'Entr'aide médicale, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M. Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris

N° 4. — SAMEDI 14 JANVIER 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Au seuil de la clinique. Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale, par M. le Professeur Gaston GIRAUD.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine. — Installation du bureau.

Société de pathologie comparée. — SÉANCE ANNUELLE. La question des huîtres et des coquillages, par M. L. GROLLET.

CHRONIQUE.

Un manifeste de la Ligue du Lait.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Bordeaux. — *Le concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires en médecine.* — M. Muret, Mlles Corpereau, Hubschmann, MM. Menaut, Lavignolle, Bannel, Moulies, Prat-Rousseau, Salzard, Meynard et Tessier.

2° *Internes provisoires en médecine.* — MM. Labarbe, Barroux, Pétriat, Philibert, Rouan, Connaud, de Fornel, Pujo, Daffas, L'Epée, Demarque, Pernot.

3° *Internes titulaires en pharmacie.* — MM. Taillandier, Bollmann, Mlles Vanaud, Bury.

4° *Internes provisoires en pharmacie.* — Mlles Lecointre, Morel et Cumia.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Externes titulaires.* — M. Bouvet de La Maisonneuve, Mlle Labarde, MM. Papet, Pinsolle, Puig, Chenilleau, Ballan, Lacadée, Bouet, Coirre, Boisot, Castaing, Mlle Joubert, MM. Klefstad, Scapira, Babaud, Varon, Mlle Monier, MM. Texier, Laparre, Dutech, Amouroux, O'Connor, Rouyrenc, Mlles Guittet, Lemaignan, MM. Brousta-Barthélier, Kébir Bou Medine, Carli, Misson, David, Diacono, Huraux, Dussillol, Navarrane, Philipp, Zucarelli, Genet, Teulières, Brumpt, Doché de La Quintane, Mourier, Marcelle Maugé, Sine, Bach, Cassat, Lucas, Sinan, Le Bas, Mlle de Blandinières, MM. Lintilhac, Gala, Doucet, Gauron, Bouthier, Coudreau, Rippe, Ancey, André.

2° *Externes provisoires.* — MM. Mathé, Dubourg, Sahlij Ali Moureddine, Escolivet, Cheval, Darasse, Ramanantsoa, Ousset, Soulié, Vialard, Mlle Briault, MM. Casassus, Blache, Pitte, Autric, Rieunier.

Hôpitaux de Lyon. — *Le concours de l'externat* s'est terminé par les nominations suivantes.

Externes titulaires :

MM. Moindrot, Gallavardin, Mlles Franchet, Nadal ; M. Fraisse ; Mlle Pinturault ; M. de Rudder ; Mlle Ruty ; M. Bernard Jean ; Mlle Dumarest ; MM. Jacquet, Jeune, Pujol, Vallery, Ziegler ; Mlle Aubert ; MM. Barthes, Delahousse, Gignoux, Sournia, Sestier, Gonnet, Etienne, Tabutin, de Colonjon, Garde, Le Borgne, Emery, Estragnat, Malicier, Leynaud, Monod, Arnoux, Vinard, Bernard, Delord, Confraveux, Picq, Teil, Grosclaude, Prost, Legros, Michel, Galy, Muller, Schott, Armand, Schmuck, Chabaud-Sassoulas ; Mlles Convers, Rochet ; MM. Mear, Fribourg-Blanc, Brachet ; Mlle Maillefaud ; MM. Beyssac, Culty, Roche ; Mlle Osta ; MM. Trouiller, Julliand, Gonnet Léon, Chiozza, Nosny, Chatanay, Barthelemy, Limouzin.

Externes provisoires :

MM. Degeorges, Marrech, Dujol, Bouzoud, Paviot, Desjardin, Picard, Debucquet, Bellier ; Mlle Palais ; MM. Flot Horand, Bouchet, Pellenc, Pelage, Delorme, Reynaud, Michallet ; Mlle Houzelot ; MM. Ruzie, Fervel, Begou, Buisson, Auzias, Robert, Bouvier, Laquièze, de July.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Caen (Calvados) (poste créé).

Un poste de médecin chef de service à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) est vacant par suite du départ de M. le docteur Vallade, appelé à un autre poste.

Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild. — Un *concours* pour la nomination à *six places d'internes* sera ouvert le 1er mai 1939.

Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le Directeur de la Fondation Ad. de Rothschild, 29, rue Manin, à Paris (19e) ; les inscriptions sont reçues dans son Cainet, tous les jours, sauf le dimanche, de 9 heures à 11 heures. Le registre d'inscription sera clos le 20 février à 11 heures.

Institution nationale des Sourds-Muets. — Par arrêté de M. le Ministre de la Santé publique, en date du 22 novembre 1938, le docteur Robert Jouet est nommé médecin-chef de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Institution nationale des Sourds-Muets.

Faculté de Médecine de Paris. — L'affichage pour la session de réparation aura lieu le jeudi 26 janvier. Ouverture de la session mercredi 1er février.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — MM. les docteurs Louis Martin, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, directeur de l'Institut Pasteur ; Jules Renault et Georges Brouardel, membres de l'Académie de Médecine, conseillers sanitaires techniques, ont été maintenus, pour l'année 1939, dans les fonctions de président et de vice-présidents du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France.

Marine. — M. le Médecin de 1re classe Soubigou est nommé, après concours, à l'emploi de chef de travaux pratiques de bactériologie à l'Ecole d'application du Service de santé pour une durée de quatre ans, pour compter du 1er janvier 1939.

Confédération des Syndicats médicaux français. — Le docteur Choyau a été élu président, en remplacement du regretté Dibos. Les docteurs Giry et Hervy ont été élus vice-présidents. MM. Cibrie, secrétaire général, et Hilaire, secrétaire adjoint, ont été réélus.

Société de Médecine de Paris. — Voici la composition du bureau de la Société de Médecine de Paris pour 1939 :

Président : Dr Carle Roderer ;
Vice-présidents : Drs Georges Luys, Lhermitte et Joly ;
Secrétaire général : Dr Bécart.

Syndicat des Chirurgiens français. — Bureau : Président d'honneur : Professeur J. L. Faure.

Président : Professeur Marquis (Rennes).
Vice-présidents : Professeur Guyot (Bordeaux), MM. Buizard et Deniker (Paris).
Secrétaire général : M. Planson (Paris).
Secrétaire général adjoint : M. Picard (Douai).
Trésorier : M. Iselin (Paris).
Archiviste : M. M. Sureau (Paris).

Médaille du professeur P. Nobécourt. — Les amis et les élèves du professeur Pierre Nobécourt, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, ont décidé de lui offrir, à l'occasion de sa prochaine entrée dans sa vingtième année de professorat, une médaille en témoignage de leur affection et de leur respectueux attachement.

Cette médaille sera exécutée par le maître Ch. Pillet.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (Compte C. P. 599). Toute souscription de 100 fr. donnera droit à une réplique de la médaille.

Journées médicales de Bruxelles 1939. — La conférence inaugurale des journées, qui se tiendront exceptionnellement *à Liége*, sera faite le 24 juin, par M. le professeur P. Mauriac, doyen de la Faculté de Bordeaux.

CHRONIQUE

UN MANIFESTE DE LA LIGUE DU LAIT

La Ligue du Lait que préside le docteur E. Lesné, membre de l'Académie de Médecine, nous communique le manifeste suivant :

« La Ligue du Lait a pour objet de contribuer à assurer la production et la distribuion d'un lait *pur*, *propre* et *sain*.

« Elle ne perd pas de vue son but, notamment en ce qui concerne les qualités hygiéniques du lait, mais elle reconnaît les difficultés de l'atteindre tout de suite.

« Elle ne redoute ni le délai que lui imposent les conditions actuelles de la production du lait, ni les difficultés à vaincre ; mais elle sait qu'un problème pressant se pose, celui de donner aux enfants, aux malades, aux vieillards, un lait qui soit un aliment de bonne qualité hygiénique.

« Aussi accepte-t-elle comme une solution immédiate, indispensable, que le lait délivré pour la consommation, soit pasteurisé, sous contrôle officiel. Cette pasteurisation s'entend d'une opération bien faite, dans des établissements surveillés et portant sur un *lait aussi sain et aussi propre que possible*.

« La réalisation urgente de la pasteurisation contrôlée du lait livré à la consommation donnera une sécurité immédiate, à la faveur de laquelle la Ligue entend poursuivre, avec tous les hygiénistes, sa campagne d'étude de documentation et de propagande pour la production et la consommation du lait *pur*, *propre* et *sain*, qui reste son but.

« La Ligue entend dès maintenant encourager et divulguer tous les efforts qui sont faits par des producteurs, des industriels ou par des collectivités pour améliorer les qualités hygiéniques du lait, comme la délivrance du lait pasteurisé en bouteilles d'un litre au maximum, préalablement stérilisées, à fermeture inviolable, portant date et lieu de stérilisation. »

La Ligue du Lait. — Secrétariat général : 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (16e).

NÉCROLOGIE

— Le médecin général inspecteur L'Herminier, des troupes coloniales, décédé à Paris.
— Le docteur Durand (à Caluire).
— Le docteur Gélibert (à Lyon).
— Le docteur Goidin (à Corbeil).
— Le professeur Vassil Mollov (de Sofia).

*

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri BARTH, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr DANI-HERVOUET a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr BINET et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles.*

LEÇON D'OUVERTURE
DU
COURS DE CLINIQUE MÉDICALE

(Montpellier, 28 novembre 1938)

Par M. le Professeur GASTON GIRAUD

Au seuil de la clinique.

« L'histoire des sciences est celle des erreurs humaines, mais c'est aussi celle de leur perpétuel redressement. » Cette phrase, riche de sens, qui n'apparaît désabusée dans ses termes premiers que pour mieux souligner le bonheur de la recherche persévérante, est tombée récemment des lèvres d'un médecin français, grand chef d'école : elle lui était inspirée par l'œuvre maîtresse de l'illustre solitaire, qui, consacrant à la méditation la plus abstraite les longs loisirs de la guerre, sut affranchir la science de contraintes formelles paralysantes. Descartes démontra la vanité de fétichismes, qui ne résistèrent point à l'épreuve de son doute méthodique. Mais, sur le terrain libéré, un philosophe s'installa, qui raisonna en mathématicien ; qu'un principe philosophique lui apparût juste, il l'érigeait en loi ; les faits que sa raison lui permettait de considérer comme établis — et que sa clairvoyance discernait d'ailleurs avec sûreté parmi tout un fatras de notions mal assises ou erronées — devaient se ramener à ce principe et, de gré ou de force, s'expliquer par lui. Ce fut la méthode déductive appliquée à la science au détriment de l'expérience : une hypothèse nouvelle entra triomphante sur le champ débarrassé des hypothèses vieillies, et, avec elle, inévitablement et à nouveau, l'erreur.

Qui dit hypothèse dit théorie, et la lente édification d'une science ne saurait pourtant se passer de théorie.

Une science n'est point une simple accumulation de faits, elle n'existe pas tant que l'analyse n'a pas permis de dégager leurs liens, révélé leur enchaînement et leurs lois. Mais notre action ne saurait s'exercer que dans le domaine accessible à nos sens, et aux antennes mécaniques qui les prolongent au sein de l'invisible. Quelque admirables que soient ces dernières, l'étendue même de ce qu'elles ont mis en lumière nous fait pressentir l'immensité de ce qui nous reste caché. Nos lois ne valent que pour ce qu'elles embrassent : que demain telle lueur poussée plus avant dissipe un coin d'ombre, un fait nouveau peut surgir qu'elles n'expliquent plus : les vérités admises cèdent devant l'observation exacte des faits, à moins qu'elles ne soient magnifiquement, quoique peut-être provisoirement, corroborées par la découverte nouvelle : qu'il s'agisse de planètes ou d'hormones, l'histoire des sciences abonde en confirmations de cet ordre ; les calculs de Le Verrier, les expériences de circulation croisée et les greffes pancréatiques d'Emmanuel Hédon ont conduit à la découverte de Neptune et à l'isolement chimique de l'insuline. Mais le travailleur qui poursuit sa tâche se sait en chaque instant à la merci de l'incident qui ruinera son hypothèse d'hier.

Il ne saurait s'en décourager. Les théories sont nécessaires. Mais elles n'expriment qu'un moment dans l'évolution de la recherche.

Les générations médicales se succèdent et se transmettent un patrimoine, que chacune enrichit ou aménage avec un succès variable. Chacune apporte son contingent d'observateurs et d'expérimentateurs, hardis ou sages, scrupuleux ou hâtifs ; chacune laisse après elle sa contribution à l'œuvre des siècles, mais cet apport, qui peut paraître considérable aux yeux des contemporains, va s'amenuisant étrangement par le recul de peu d'années ; après la sédimentation massive du début, qui verse sans retard dans l'oubli les observations trop superficielles et les constructions trop hasardeuses, le temps lime et rode ce qui a survécu. De lustre en lustre, de siècle en siècle, la sélection impartiale se poursuit...

Ce qui demeure, ce sont les faits bien observés, les résultats des expériences bien conduites, reprises au besoin périodiquement avec l'aide de moyens techniques nouveaux.

Ce qui, tôt ou tard, risque de vieillir, vieillit le plus souvent, c'est l'interprétation que les hommes ont donnée des faits, ce sont les théories qu'ils ont appuyées sur eux, les lois qu'ils ont forgées pour les expliquer.

Les sciences biologiques possèdent une armature solide et permanente, qui est faite des données de l'observation exacte. Le reste n'est qu'habillage à la mode du siècle : c'est un revêtement nécessaire, indispensable à l'ordonnance provisoire des résultats de l'expérience ; grâce à lui, des bases sont constamment préparées pour de nouvelles prospections. Mais il n'est qu'un ensemble polymorphe où les plus temporaires hypothèses de travail voisinent avec des principes généraux de très solide apparence et cependant fragiles.

Qu'est devenu le principe de la conservation de la matière tel qu'il fut enseigné à notre adolescence ?

Au delà de ces synthèses et des lois élémentaires qui régissent les faits sensibles, la spéculation s'est de tout temps envolée, bien plus loin encore, vers la métaphysique, parce que l'inquiétude de l'homme est éternelle, devant les grands mystères... Et c'est là le troisième domaine de la vie de l'esprit, le plus abstrait, le plus immense...

L'accord doit se faire sur les faits, avant leur classement ; leur interprétation demeure en perpétuelle discussion, mais la métaphysique ne commence qu'où s'arrête l'investigation biologique...

On a reproché aux maîtres de l'ancienne école montpelliéraine d'avoir été des théoriciens, des métaphysiciens, et non des biologistes. Gley, en un discours mémorable, prononcé dans une de nos enceintes, a fait justice de cette légende et leur a rendu leur « figure véritable » ; ils furent d'abord des observateurs et des expérimentateurs, avant d'entreprendre une explication directe des résultats de leurs recherches — et, plus encore, avant toute synthèse philosophique. « On ne peut connaître, a dit Barthez, d'autres causes que les lois découvertes par l'expérience et le calcul dans la succession des phénomènes... Toute explication des phénomènes naturels ne peut qu'en indiquer la cause expérimentale. » Les biologistes modernes ne procèdent pas autrement. Si les grandes figures de nos maîtres du XIXe siècle ont été trop souvent embrumées comme à plaisir, c'est par des querelles de mots, qu'il faut livrer à l'oubli — et leur place doit être restaurée parmi les précurseurs ou les fondateurs de la biologie exacte. La philosophie ne pénètre pas la partie objective de leur œuvre, mais, bien distincte d'elle, la prolonge — comme il se doit si l'on veut échapper à ce qui fit la faiblesse du dogmatisme d'autrefois, comme aussi de la physiologie cartésienne.

Le maître de Cos, notre ancêtre, professait le culte du fait et c'est pourquoi nous pouvons légitimement nous réclamer de lui ; les scolastiques le trahirent, lorsqu'ils imposèrent, se couvrant de son nom, le culte du livre immuable ; nul ne saurait aujourd'hui discuter la prééminence de l'observation objective.

Lorsque le biologiste s'oriente vers la clinique — on ne saurait concevoir un clinicien qui ne serait d'abord un biologiste — il subit une sorte de dédoublement ; on ne peut dire qu'il change de visage, mais de nouvelles préoccupations, d'ordre strictement humain, le hantent, que ne connaît pas le chercheur rigidement désintéressé, enfermé dans la tour d'ivoire de son laboratoire. Il est en contact permanent

avec la douleur physique, avec la détresse morale d'êtres qui pensent. Son activité vise au redressement des déviations de tous ordres, à la sédation des souffrances, à l'apaisement des angoisses. Il a hâte d'aboutir à un résultat positif et rapide, parce que la vie d'un homme est courte. Le malade se soucie peu d'une pathogénie précise, lorsque la douleur le terrasse, non plus que des propriétés pharmacodynamiques du médicament qui le soulagera : il ne songe qu'au retour de la paix et de la force. Et cet autre homme, qui l'assiste, se heurte quotidiennement à des problèmes, à des obstacles que n'ont pas à connaître les explorateurs de la matière inanimée ou inconsciente ; il doit déterminer les causes du mal et identifier ses ravages, l'attaquer dans sa source et dans ses manifestations, sans risquer un seul instant de nuire, d'accroître ou de multiplier les douleurs. Et, dans tous les cas, il faut qu'il aille vite, s'il se peut. L'empirique se borne à appliquer des recettes, qui, fondées sur l'expérience, peuvent être utiles, mais son champ d'action est réduit, sa thérapeutique à courtes vues ; il est condamné, lui et ses successeurs, à tourner perpétuellement dans le même cercle ; il n'attend que du hasard des ressources nouvelles. Le clinicien, qui doit à sa formation biologique des bases solides, est, lui, vraiment armé pour l'investigation diagnostique raisonnée, pour la conduite d'une thérapeutique à la fois hardie et pondérée. « La clinique, a écrit Sergent, comprise dans son sens le plus élevé, ne borne pas toujours son rôle à appliquer les découvertes des diverses sciences biologiques : elle peut souvent leur ouvrir la voie et leur indiquer l'importance vraisemblable de tel organe ou appareil dont l'existence anatomique seule était enregistrée par elle, jusque-là. » La culture du clinicien lui permet d'autre part l'exploitation immédiate d'un progrès, même encore incertain, jusqu'aux limites extrêmes qui n'enfreignent pas les règles nécessaires et traditionnelles de la prudence médicale. Les jours d'un cancéreux sont comptés, une menace permanente pèse sur des artères cérébrales qui subissent soixante-dix fois par minute les coups de bélier de la grande hypertension ; une longue douleur étreint le plus énergique dans une tenaille qui risque de l'inhiber, et ôte son prix à ce bien inestimable qu'est la vie. Comment serions-nous surpris que ces malheureux, nos semblables, secouent parfois les barreaux de leur prison sans souci des opinions admises, qu'ils se tournent volontiers vers toute lueur d'espoir qui s'allume à portée de leurs regards, au risque parfois d'être tristement dupés? Le clinicien n'a, pas plus que le malade, le respect aveugle des orthodoxies qui ne sont que d'un temps. Son indépendance est entière, et ses constatations de chaque jour l'incitent à la réserve la plus modeste ; il sait combien sont souvent relatifs les moyens dont il dispose ; il voit bien qu'il ignore souvent le mécanisme de leur action physiologique et ne méconnaît point les obligatoires et bienfaisantes survivances d'un empirisme endigué et contrôlé. Mais, tiers impartial dans le débat, il est bien placé pour peser et juger, pour séparer l'ivraie du bon grain, pour discerner ce qui n'est que coïncidence, illusion, ou hélas ! tromperie. Il se sent constamment partagé entre le désir de ne pas perdre un temps irréparable, et la crainte de se laisser entraîner périlleusement par l'application prématurée d'une découverte ou d'une technique nouvelles. Un poète sceptique du XIXe siècle raillait ses contemporains qui ne pouvaient, d'après lui, se résuodre à détacher leur habit avant d'avoir appris la chimie. Le médecin, lui, n'hésite pas à mettre au service des hommes ce qu'il connaît mal encore, à la seule condition qu'il soit assuré, ce faisant, de ne point nuire.

Les tendances du clinicien sont d'ordre objectif et concret ; en contact permanent avec une réalité, souvent pressante, il poursuit une tâche élevée, dont le dessein le préoccupe, et parfois l'angoisse.

Chaque heure de sa vie le met en présence de problèmes nouveaux, simples ou complexes, qu'il doit résoudre. Les faits lui sont soumis pêle-mêle, confondus par les interférences biologiques, alourdis d'interprétations incertaines ou trop assurées, traducteurs directs de lésions organiques manifestes ou révélateurs de désordres cachés. Ils doivent être identifiés sous leur masque, ramenés à leurs proportions réelles, classés et confrontés, interprétés, puis regroupés en vue du diagnostic : c'est affaire de sens et de jugement, d'observation et d'expérience. Les lacunes de l'examen direct ont tôt fait d'apparaître ; des recherches complémentaires, demandées à des laboratoires physico-chimiques, anatomiques ou biologiques, vont s'efforcer de les combler ; elles apportent un nouveau faisceau de documents bruts, dont la rigueur chiffrée semble s'éloigner beaucoup des données mouvantes de la clinique, mais dont la portée réelle ne peut être pourtant établie s'ils ne sont fondus dans le creuset commun. Ainsi sont rassemblés des éléments dont la synthèse peut suffire à un diagnostic de maladie ou de syndrome, comme à la pose des indications thérapeutiques de première ligne. Mais le diagnostic ne peut être vraiment complet que si l'exploration totale du sujet, dans son état actuel comme dans son passé, permet de fixer la signification exacte des accidents actuels dans l'histoire pathologique d'une vie entière, cependant que l'enquête familiale met le malade lui-même en sa vraie place dans la chaîne morbide qui lie secrètement les générations humaines. Le présent divulgue parfois le passé, mais souvent s'éclaire par lui.

Nul ne peut prévoir que rien soit superflu au cours d'un interrogatoire ou d'une investigation clinique. Les documents doivent être rassemblés avec une méthode qui exclut tout parti-pris, lente chez le débutant, plus prompte et décidée chez le médecin expérimenté.

Mais, dans tous les cas, l'observation des faits — directe ou médiate — prime tout autre procédé. N'est-ce point là, aux yeux des biologistes de notre siècle, une vérité première dont l'énonciation même est superflue? Vérité sans doute — mais qui de longtemps ne fut en honneur suffisant — et dont on ne saurait trop souligner l'importance auprès de la jeunesse de nos écoles.

La clinique, science d'observation, veut aboutir à des conclusions précises, mais elle étudie des phénomènes biologiques d'une extrême complexité, et ses moyens d'investigation sont constamment limités par l'indispensable respect de l'être conscient et douloureux qu'elle scrute. C'est dire ses difficultés objectives autant que subjectives.

Objectivement, l'examen méthodique et complet du patient apprend au médecin tout ce qui peut lui être directement révélé.

Il constitue la première étape clinique capitale et fructueuse, et c'est notre tâche quotidienne que d'entraîner nos jeunes élèves à s'en acquitter de leur mieux.

Elle ne nous apporte cependant que des faits bruts. Certains sans doute parlent par eux-mêmes à tout venant. D'autres, plus enveloppés et de signification plus mystérieuse, sont immédiatement déchiffrés par un homme d'expérience. Mais il en est de polyvalents ou d'hermétiques. Maintes hésitations procèdent de notre seule ignorance, car les champs de l'inconnu s'étendent encore à l'infini devant nous. Lors même que nous croyons nous être avancés dans la connaissance des choses, nous nous heurtons à l'individualité biologique des êtres qui réagissent d'une façon personnelle à des sollicitations extérieures identiques. Il est des maladies bien définies, classées, nommées, dont les vastes traités et les manuels didactiques dessinent fortement les cadres, tracent avec netteté le tableau évolutif. Transposez-les sur un être vivant, sur plusieurs êtres vivants, même soumis à d'identiques conditions d'existence : que reste-t-il du

schéma classique? Des linéaments sans doute, un air de famille grâce auquel un clinicien averti ne se laisse pas longuement dérouter, parce qu'il sait que chaque sujet réalise sa maladie à sa propre manière ; les descriptions classiques n'apparaissent plus que comme des synthèses approchées, qui ne s'appliquent qu'à des types moyens ; la multiplicité des « formes cliniques » décrites par les pathologistes témoigne de cette diversité et de l'effort réalisé par eux pour se rapprocher des réalités concrètes. Ils ne sauraient agir autrement, et toute autre méthode serait incompatible avec les nécessités d'un enseignement solide. Il n'en demeure pas moins que la pratique nous offre autant de « formes cliniques » que de malades : la solution des problèmes est aisée lorsque l'écart n'est point trop grand entre la symptomatologie observée et celle qu'auraient fait prévoir les livres ; mais les divergences peuvent être immenses.

Au début de l'été de 1918, çà et là, sur le front des armées, des unités furent éprouvées d'une façon inusitée par une affection bénigne, à laquelle on eût volontiers appliqué quelques semaines auparavant le qualificatif de saisonnier, mais dont l'allure épidémique éveilla de bonne heure l'attention des hygiénistes. Elle aggrava les préoccupations des chefs des corps atteints en ligne, en raison de la fonte des effectifs qu'elle entraînait ; mais les troubles étaient légers et la récupération des hommes rapide. Ce n'en étaient pas moins là les premiers coups, disséminés et amortis, de la grande pandémie grippale qui devait ravager une partie du monde quelques mois plus tard. Ceux qui, aux armées, ont lutté au chevet des grippés de 1918, sous la double paroi de toile des tentes Bessonneau, battues par les pluies d'octobre, tapies dans la boue des vallons défilés, grises dans le brouillard gris, n'oublieront jamais cette géhenne, ces cyanoses et ces dyspnées, cette soif d'air atroce, ces délires et ces angoisses, ce spectacle d'horreur, en tout point comparable à celui qui se déroulait dans des tentes voisines, réservées aux grands ypérités du champ de bataille, car l'homme avait atteint la perfection dans l'art d'imiter la nature en ses plus malfaisantes réalisations. Cependant que les peuples, déconcertés par l'ampleur et la brutalité du fléau, hésitaient à lui laisser son nom officiel et jusqu'à ce jour rassurant de grippe, communément attribué par eux aux incidents respiratoires légers de la saison froide, et se reprenaient à prononcer des mots obscurs et redoutables, évocateurs des grandes épouvantes d'antan.

Comme toutes les épidémies, la grippe de 1918-1919 s'est éteinte. Elle nous a offert, dans sa masse, les types les plus divers, des plus superficiels aux plus graves, en fonction de la virulence des germes, de la résistance de fond des sujets atteints, de leurs défaillances momentanées. La pandémie de 1891 n'était point si lointaine qu'on ne l'eût reconnue sous son visage renouvelé. Mais après 1891, comme après 1919, chaque année nous a apporté des exemples sporadiques, isolés, de grippes graves, compliquées ou foudroyantes, surgissant dans la masse des grippes ambulatoires et indulgentes. Le terrain de culture a repris sa prééminence directrice, que la virulence exaltée des germes de 1918 avait, en partie seulement, refoulée, et le diagnostic individuel a retrouvé ses difficultés entières.

Est-il une affection mieux définie dans son origine, ses signes et son évolution cyclique, que la pneumonie franche aiguë? Mais que d'anxiétés, lorsque le jour de la défervescence escomptée n'apporte pas la détente! Que va-t-il advenir? Une suppuration secondaire se prépare-t-elle avec tous ses aléas? Ou quelque autre déviation bien autrement redoutable? L'hépatisation grise guette les débilités, les tarés. Et le médecin sait aussi que certaines formes de gangrène pulmonaire à début brutal simulent la pneumonie au cours des premières journées, que ne suivra pas la détente critique du neuvième jour. Alerté de bonne heure par certains signes, lus dans le visage du malade ou à travers ses réactions générales, il recherche, inquiet, les symptômes olfactifs, si déplaisants qu'ils soient, par lesquels ses craintes risquent d'être confirmées. Jeunes gens, jeunes gens, la pratique de l'art de soigner met obligatoirement ceux qui s'y destinent au contact de réalités physiques rebutantes, mais vous connaîtrez par vous-mêmes qu'aucune ne vous trouvera hésitants lorsque vous l'aurez transposée sur le plan élevé où se déroulera votre ardente investigation, tendue vers la découverte qui peut apaiser une douleur, lever une angoisse, rendre à une famille son chef, à une mère son enfant...

Et le même problème, en d'autres circonstances, se pose d'une façon sournoise et imprévue. Il est des formes de gangrène pulmonaire bâtarde qui procèdent par foyers successifs, dont les premiers incidents s'éteignent, ne laissent que des séquelles minimes en apparence, mais dont une rechute, un jour, sera mortelle.

Nous constatons, depuis quelques années, une reprise déconcertante d'accidents nerveux polymorphes, lentement évolutifs, qui tantôt rétrocèdent pour renaître sur place ou en un autre lieu, après une rémission d'une durée variable, tantôt progressent ou se fixent. En l'absence de critères biologiques spécifiques, nous ne pouvons qu'observer, rapprocher des phénomènes dont la dissémination contrarie la synthèse, construire peut-être un nouveau syndrome névraxitique, comme aux lendemains de la guerre européenne, dans l'attente des démembrements futurs. Nous avons assisté, mois par mois, après 1917, au groupement progressif des faits qui ont constitué le monument clinique et épidémiologique de cette encéphalite léthargique, d'abord mystérieuse et dont le nom s'avéra bien vite trop étroit dans tous ses termes. Nous avons vu se raccorder aux premières formes, dont avait frappé d'emblée la grande expression centrale, celles où dominaient les douleurs viscérales et radiculaires, les mouvements involontaires, myocloniques ou disparates, généralisés ou bizarrement stéréotypés, et plus tard, le développement de ces syndromes lents qui emmurent toute vive l'intelligence, consciente et désespérée, dans une prison musculaire, à moins qu'ils ne mutilent ou ne dévient son activité même. Nous ne disposons pas encore des tests qui nous permettraient, dès les premières heures, d'identifier l'origine de ces accidents protéimorphes. Force nous est d'observer pour mieux comprendre, et de nous souvenir. Il y a près d'un demi-siècle sévit l' « influenza » meurtrière, à laquelle succéda la « nona » léthargique ; elles s'effacèrent, leurs ravages faits, jusqu'au jour où la grippe de la guerre s'enfla, traînant après elle la névraxite et ses longues séquelles, sans qu'il nous soit donné de voir le lien secret qui les unit, ni même de dire si cette association, à deux reprises manifeste, n'est que le fait d'une coïncidence, ou relève d'une cause biologique plus profonde.

L'identification d'un signe clinique peut être relativement aisée, mais combien délicate souvent son interprétation! L'analyse aiguë et patiente du neurologiste rappelle les méthodes du naturaliste qui, la flore en mains, « détermine » la place d'un végétal dans la nomenclature botanique, celle du chimiste qui poursuit à travers les précipitations et les métamorphoses colorées l'identification des corps confondus. Ce travail le conduit à d'admirables précisions topographiques ; et cette recherche rigoureuse des signes de localisation, de tout temps nécessaire, voit de nos jours son importance immédiate s'étendre infiniment depuis qu'une chirurgie nouvelle a eu la hardiesse de s'attaquer aux tumeurs profondes de l'encéphale, et le bonheur, parfois, de rendre à la vie normale des hommes, hier encore condamnés à mort. Mais un diagnostic de siège n'est point un diagnostic complet : les causes les plus diverses, s'exerçant en un point précis des centres ou des conducteurs nerveux, entraînent d'identiques phénomènes de déficit ou d'excitation, dont

l'examen périphérique enregistre la résultante. Il faut encore reconnaître cette cause et, s'il se peut, la nommer.

Si la notion topographique commande obligatoirement certaines réponses viscérales, primant, dans leur expression clinique, la notion de spécificité causale, un même agent pathogène peut entraîner au contraire, lorsqu'il intéresse des territoires organiques moins fonctionnellement différenciés, des réactions très disparates selon les sujets, et surtout selon les familles biologiques.

Dans d'autres domaines, le sens de la réponse locale à une agression peut être déterminé par le fond constitutionnel ou dyscrasique du malade, bien plus que par la nature de l'agent lui-même : c'est une autre forme de carence de la spécificité morbide. Ne voyons-nous pas les cliniciens s'acharner au démembrement de ces syndromes polyarthropathiques chroniques dont la profusion est aussi grande que leur origine est diverse, et banale leur physionomie anatomique ; ils cherchent péniblement les fils directeurs qui leur permettraient de les classer, mais les stigmates « maîtres » admis par une école ne sont point reconnus pour tels par l'école voisine, et les travaux accumulés des congrès et des conférences tracent et retracent des frontières fragiles, aussitôt remises en discussion.

Faut-il rappeler le problème du diagnostic étiologique des spondylites chroniques et des spondyloses, ces lents bouleversements de l'architecture vertébrale dont l'aspect anatomique terminal ne reflète aucunement la diversité originelle première?

En sens inverse convient-il de souligner, une fois de plus, l'infinie variabilité des réponses de l'homme à l'attaque d'agents pathogènes vivants et bien définis? Que de façons pour un être humain d'être un tuberculeux ! Cet adolescent neuf, dont une hémoptysie vient d'arrêter net l'activité, va, fébrile aussitôt, se consumer avec cette rapidité « galopante » qui a donné classiquement et populairement son nom redouté à une forme clinique de la maladie. Cet autre, marqué déjà, mais en secret, par le destin, va, plus dramatiquement encore, succomber dans les affres suffocantes de l'essaimage granulique. Un homme, un jour, crache du sang et des bacilles, suspend ou ralentit momentanément son effort, demeure ou redevient promptement apyrétique, et le cours de son existence ne sera plus troublé. Son voisin fait les frais d'une phase active de quelque durée, colmate ses lésions au prix d'une sclérose diffuse qui assurera sa victoire spécifique, mais fera de lui un emphysémateux, un catarrheux, un pseudo-asthmatique, dont la vie pourra être longue et exempte de rechute vraie. Les asiles de vieillards sont peuplés de ces bronchitiques chroniques qui sont des tuberculeux fibreux, qui meurent en cardiaques et non en toxémiques. Et tel aïeul qui, pendant trois quarts de siècle, a craché des bacilles à son foyer, et semé la mort parmi sa descendance, s'éteint paisiblement pour avoir fracturé le col de son fémur, sans avoir un seul instant cessé de vivre, lui, en bonne intelligence avec le microbe qu'il abritait. D'autres, au contraire, après une apparente rémission, sont entrés de bonne heure dans le cycle douloureux des fluxions successives et de la lente ulcération, où les alternatives du combat inégal qui se livre laissent heureusement intactes, et parfois jusqu'à l'extrême détresse physique, la foi en l'avenir et l'espérance.

Il est sans doute des maladies infectieuses qui paraissent se jouer des résistances personnelles. Les grandes pandémies virulentes, qu'il s'agisse de choléra ou de peste, de typhus exanthématique ou de fièvre jaune, ont accablé les plus vigoureux comme les plus débiles. La défense antixénique, pour reprendre la belle expression, devenue classique, de Grasset, spontanée ou dirigée, revêt en pareille occurence une physionomie très élective.

Contre l'infestation tuberculeuse et contre nombre d'autres, la résistance, tant personnelle que transmissible, est faite de ces facteurs multiples les uns spécifiques, les autres polyvalents, qui constituent le terrain individuel, familial et parfois racial. C'est à dessein que je n'introduis pas ici cette terminologie moderne d'attente, dont le grand mérite est d'exprimer l'intrication humorale des phénomènes de sensibilisation et d'immunité, la fragilité constitutionnelle ou acquise, l'organisation ou la défaillance de la protection, ou encore le polymorphisme des réponses directes ou indirectes de l'organisme attaqué. Ne considérons que la résultante, par laquelle, une fois de plus, se manifeste l'influence du terrain, cher de tout temps à notre Ecole ; c'est lui qui dirige les réactions de tout être vivant ; par lui s'explique la variété des réponses qu'opposent au même agresseur des hommes frappés dans le même temps, comme aussi l'infinie, la déconcertante, l'attachante diversité de la clinique.

Au hasard des souvenirs qui affluent, nous nous sommes laissé entraîner parmi quelques-unes des difficultés concrètes de notre vie quotidienne. Leur simple rappel ne démontre-t-il pas jusqu'à l'évidence l'importance majeure de l'observation aiguë et attentive, libre de toute orientation préconçue, soucieuse à la fois du détail et de l'ensemble, au cours de cette phase directement objective de l'investigation clinique?

Et ceci nous ramène à nos prémisses. Le détour a été long, sans doute, mais l'apologie de l'observation directe peut-elle pécher par excès?

Par elle, sont établis les indispensables fondements. Mais elle fait plus encore ; elle désigne les voies où doit s'engager, *dans le domaine objectif encore, l'exploration technique*, dont elle attend des précisions complémentaires d'un haut prix.

Nous pouvons nous croire alors transportés sous un autre climat. La clinique est mouvante ; si rigoureuses que soient ses méthodes, elles ne sauraient exclure l'intervention d'un coefficient personnel qui rend critiquables ses résultats. *Au laboratoire*, au contraire, règne l'indifférent instrument d'enregistrement et de mesure ; la recherche aboutit à des diagrammes et à des chiffres. Le chimiste réalise aujourd'hui des dosages d'une stricte précision aux dépens d'une quantité infime de substance ; sa micro-balance permet de multiplier des analyses utiles sans que le malade encoure aucun risque de spoliation. La physico-chimie pénètre de jour en jour davantage l'intimité des métabolismes. Le physicien, le radiologiste, l'histologiste explorent la matière vivante avec des méthodes de mois en mois plus pénétrantes ; l'historadiographie, découverte montpelliéraine, ne nous en offre-t-elle pas le récent et magnifique exemple? Chacune s'efforce d'observer la vie cellulaire sans l'interrompre, s'il se peut, ou, tout au moins, de fixer ses aspects au moment même où elle va être suspendue. Et les précisions absolues du bactériologiste, du parasitologiste, les notations graduées plus relatives du sérologiste sont chaque jour l'objet d'une attente inquiète et parfois fervente, que lèvera, curieux contraste, la précision froide et impersonnelle de gestes strictement techniques : nous sommes loin, en apparence, de la clinique humaine, où le médecin, reconnaissant le signe qui lui dévoile soudain l'avenir prochain de son interlocuteur, inéluctablement condamné à la souffrance et à la mort, porte un instant tout le poids de sa découverte et se recueille, sous un visage d'emprunt, la gorge serrée, mesurant d'avance la portée des écroulements qui, nécessairement, vont être, sans que personne, hors lui, encore les prévoie...

L'instrument de laboratoire n'est mis en défaut que par les inerties inévitables de la matière inanimée ; il est sûr jusqu'à la limite extrême de sa sensibilité mécanique ; il annule ou réduit au minimum le facteur personnel inhérent à l'opérateur. Il va nous mettre en possession de données graphiques ou mathématiques précises. Les inconnues vont-

elles donc fondre immédiatement et toujours? La biologie ne serait point la biologie s'il en était ainsi. Chacune des notions nouvelles contrôlées qui nous est apportée doit être placée dans son cadre clinique, interprétée et jugée. Certaines, cruciales, entraînent un jugement sans appel. Nombre d'autres ne sont que relatives, et ne prennent leur vraie valeur qu'à la lumière des constatations parallèles, nées de l'examen direct et des autres recherches. Cet homme mûr, qu'alerte une simple dyspnée d'effort temporaire, soumis à l'enregistrement électrocardiographique, se révèle, d'après la courbe, comme un grand malade, bien que l'examen clinique n'ait permis de noter que l'assourdissement léger des bruits d'un cœur un peu trop gros. L'appareil enregistre au contraire, chez cet autre, cardiaque avéré asystolique, un tracé électrique d'un type physiologique.

Tout médecin sait que la tension artérielle peut varier nettement au cours d'un examen de peu de durée, et qu'un chiffre isolé n'a qu'une valeur toute relative qu'il faut contrôler et interpréter. Il sait aussi que l'instabilité tensionnelle peut être poussée très loin au cours d'états neurotoniques : chez une fille de seize ans, indemne de toute lésion organique et que sa mère conduit périodiquement aux cliniques Saint-Éloi, l'index maximal, stable en temps normal, est susceptible de se déplacer en quelques instants de quatre centimètres de mercure, au cours de chaque crise mensuelle. Plus grande encore est la variabilité des réactions vaso-motrices locales ou régionales, et nul ne saurait tirer de l'examen d'un tracé artériographique la moindre conclusion, si ce tracé est unique et si les conditions de l'expérience ne sont pas toutes exactement connues.

J'ai gardé le souvenir bien net d'un blessé de guerre qui, une nuit d'hiver, fut apporté dans un poste chirurgical divisionnaire, la loge antérieure d'une cuisse ouverte ; le membre était froid, l'artère pédieuse n'était pas perceptible, l'oscillomètre à la tibiale demeurait muet. La plaie largement exposée, détergée, montra une artère fémorale intacte, mais spasmée sur une longueur de dix centimètres, réduite au calibre d'une plume d'oie ; aucun battement n'était perçu dans le segment contracté, non plus qu'en aval. Ces faits n'étaient connus que depuis peu de temps. Quelques mois auparavant, des chirurgiens, en des circonstances semblables, avaient réséqué le segment fémoral anormal, et l'avaient, après coup, trouvé perméable : ils avaient eu la loyauté de proclamer l'erreur commise et de mettre en garde leurs collègues contre son retour. Le soldat que le hasard plaça entre nos mains ne recouvra qu'après quarante-huit heures, pendant lesquelles sa plaie maintenue largement ouverte, ne cessa d'être soumise à une irrigation tiède, un calibre et des battements fémoraux normaux. Les hommes de ma génération ont vu se constituer presque de toutes pièces cette physiopathologie clinique du sympathique périvasculaire : des faits qui nous ont émerveillés apparaissent élémentaires aux yeux de nos jeunes élèves. Qu'ils mesurent par cet exemple ce qu'une excitation directe ou réflexe peut réaliser dans un pareil domaine et combien sont relatives les données de l'oscillométrie. Tel artéritique, privé d'oscillations tibiales depuis douze ans, souffre peu, et son pied est chaud ; tel autre, bien plus récent, est déjà à la phase des troubles trophiques ; leurs diagrammes, cependant, sont identiques.

Quelle conclusion tirer d'un index azotémique brut? Ne savons-nous pas qu'un taux d'apparence subnormale est, en réalité, pathologique si l'apport azoté de l'alimentation est faible ; que la carence de certaines substances, la déperdition saline des vomisseurs, des inanitiés, des sténosés du pylore — et plus simplement la déshydratation estivale ou tropicale — sont susceptibles de faire hausser, et parfois grandement, le taux des substances azotées du plasma ; que certaines hyperazotémies temporaires peuvent même, sans doute, relever d'une origine réflexe?

Que signifient certains clichés radiologiques isolés de leur contexte clinique? L'image pulmonaire d'un pneumonique détendu, apyrétique, qui vient de franchir heureusement le cap de la crise terminale, n'est-elle pas identique à celle de l'acmé de la maladie?

La constatation directe d'un germe pathogène permet-elle toujours une conclusion solide? Combien sont des associés, des saprophytes dépourvus de virulence? Nous connaissons les porteurs sains de germes qui vivent en bonne intelligence avec un ennemi, mais le disséminent. La notion de microbe de sortie n'est point toujours très claire. L'identification même des agents les mieux différenciés, comme le bacille de Koch, laisse entier le problème du diagnostic de la forme et de l'association, celui du pronostic immédiat et à venir.

Une autre histoire clinique singulière me revient en mémoire. Son début fut dramatique, mais elle s'acheva presque en comédie. L'héroïne, une jeune fille d'une vingtaine d'années, fut très brutalement terrassée par des accidents méningés qui la conduisirent dans une salle d'hôpital ; elle y arriva semi-comateuse, fébrile, bradycardique. Son liquide céphalo-rachidien, limpide, hypertendu, riche en albumine, était le siège d'une violente réaction cellulaire où les polynucléaires dominaient très fortement, et les bacilles acido-alcoolo-résistants abondaient dans le culot de centrifugation ; on les retrouvait agglutinés en paquets d'aiguilles sur les lames. Cet orage dura peu. Au cinquième jour, la malade, apyrétique, était assise sur son lit, en dépit de toutes les recommandations ; elle n'avait été nullement incommodée, bien au contraire, par une nouvelle ponction lombaire, qui nous avait permis de constater la réduction rapide de la réaction inflammatoire, et la raréfaction des bacilles. Peu de jours après, elle quittait l'hôpital parfaitement guérie en apparence, nous laissant perplexes et, au demeurant, fort inquiets sur son sort. Désireux de la suivre, un de mes collaborateurs, qui est devenu depuis l'un de nos plus sympathiques collègues, s'enquit d'elle, quelques mois plus tard, auprès de la parente âgée qui avait veillé sur elle ; il reçut un accueil courroucé autant que méfiant : la jeune personne, trop bien guérie, avait pris le large et faisait le commerce de ses charmes ; l'enquêteur n'osa point insister pour obtenir son adresse. Mais le hasard fit bien les choses. Notre ancienne malade fut un jour reconnue au dispensaire antivénérien où l'amenait périodiquement la nécessité de soigner une syphilis récente. Elle avait parfaitement supporté déjà plusieurs séries d'injections arsenicales intraveineuses. Elle était indemne de toute autre tare viscérale apparente. Les germes isolés de son liquide céphalo-rachidien étaient bien cependant des bacilles de Koch ; inoculés à des cobayes, ils les avaient tuberculisés très rapidement. Leur constatation dans ce liquide constitue pourtant, dans la règle, un arrêt de mort, pratiquement sans appel.

C'est là, sans doute, un fait d'exception. Il n'en montre pas moins que le clinicien ne saurait jamais se départir de la plus grande prudence. Les conclusions hâtives lui sont interdites, et il est peu de tests qui, d'emblée, les imposent.

La masse des données objectives — celles de l'investigation directe, celles des recherches secondes du laboratoire — forme un tout qui ne saurait être dissocié. Elles s'éclairent les unes par les autres. On ne peut concevoir entre elles de cloisons étanches ; le clinicien imbu de son intuition pénétrante au point de mésestimer le concours de la recherche indirecte, le technicien cantonné dans des mesures et des formules mortes sont des personnages d'un autre âge ; ils seraient l'un et l'autre des êtres incomplets s'ils existaient encore. Certains antagonismes paraissent-ils s'afficher encore de nos jours? Ce ne sont que boutades malicieuses, ou propos superficiels d'ignorants.

De là, cette nécessité d'ouvrir de bonne heure de larges fenêtres entre les disciplines voisines. Il serait dangereux, je crois, d'abandonner d'emblée, sans contrepoids, nos jeunes

étudiants à l'apparente approximation de l'esprit médical. C'est à juste titre qu'ils sont astreints, au cours de leurs premières années d'enseignement supérieur, à une étude complémentaire des sciences physiques et chimiques, de la biologie animale et végétale, prélude indispensable de l'initiation aux mystères de la vie humaine, physiologique ou troublée. On peut mettre en discussion la forme didactique des programmes, l'opportunité de certaines incorporations de détail, mais non leur principe même. Le médecin ne sera que trop poussé, au long de sa carrière professionnelle harassante, à courir au plus pressé : seule, une armature de base, bien forgée de bonne heure, constituera le terrain solide sur lequel, sans risque, évolueront les conceptions approchées ou provisoires ; seule, sa possession permettra, à tout moment les spécialisations biologiques qualifiées, les extensions légitimes.

Ce ne sont point là les seules fenêtres qu'il faille largement ouvrir devant l'apprenti médecin. Il doit apprendre objectivement à voir, à exprimer clairement ce qu'il voit, et, plus tard, à l'interpréter. Mais *il doit apprendre aussi à enregistrer et à peser les éléments subjectifs de toute investigation clinique.* Nous nous efforçons d'enseigner à nos élèves l'art d'interroger un malade, d'obtenir de lui, méthodiquement, l'analyse de ses sensations, la description de ses troubles actuels, l'historique de leur évolution, l'exposé de son passé physiologique et morbide, personnel et familial. Ce n'est point là chose facile. Il est, parmi nos interlocuteurs, des esprits clairs, pondérés et concis ; il en est de diffus, de confus, d'excessifs ; d'autres sont nettement insuffisants, bien qu'ils professent parfois d'eux-mêmes une opinion contraire. Beaucoup n'ont guère pris la peine de scruter leur présent et leur passé ; ils sont pris au dépourvu, alors que d'autres, absorbés dans leur contemplation inquiète, submergent l'essentiel sous un flot de phrases superflues, sous l'énoncé d'interprétations inexactes ou inutiles. L'expression d'une émotion légitime doit être distinguée de l'attendrissement puéril, de l'émotivité pathologique.

Mais les difficultés croissent lorsque vient le moment, l'inventaire établi enfin, de fixer la portée exacte des sensations incontrôlables rapportées par le malade. Le vieux clinicien, rompu par une longue expérience, a tôt fait de discerner ce qu'il doit sans conteste retenir ou élaguer ; mais que d'incertitudes intermédiaires ! Lorsque l'accord est complet entre les constatations directes et le retentissement subjectif allégué, tout est simple. Nombreux cependant sont les syndromes où l'élément fonctionnel pur tient une grande place, sinon toute la place. Y a-t-il dans la crise la plus authentique d'angine de poitrine un symptôme important qui ne soit subjectif, que nous puissions enregistrer autrement que par la déclaration du patient ? La douleur constrictive, ses irradiations, l'angoisse qui l'accompagne échappent à l'enregistrement, et le reste n'est que contexte. Bien souvent, cependant, l'hésitation n'est point permise ; la brutalité, la rigueur de l'étreinte imposent silence à toutes les manifestations parasites, plus ou moins bruyantes, qui abondent chez les faux angineux ; le vrai drame est sobre dans son expression. Que nos élèves écoutent cependant cet autre récit d'une histoire vécue : la femme d'un vieux colonial, admise à l'hôpital au lendemain de son veuvage, névropathe encombrante, dotée d'une fiche sérologique spécifique négative à l'inverse de son défunt mari, souffrait, à l'entendre, de mille maux dont la profusion n'avait d'égale que la discrétion des constatations directes. Un jour vint où la situation s'aggrava. Pendant une après-midi et une nuit entière, elle s'agita, gémit, pleura, parmi un flot de paroles et d'invocations, dans les plus théâtrales attitudes, dénonçant pathétiquement l'étau qui étreignait son cœur, son épigastre, et les douleurs qui irradiaient dans son économie entière. Elle mourut à l'aube, et son cœur portait les traces d'un infarctus récent parmi d'autres cicatrices anciennes. Il n'est point interdit à un déséquilibré psychique d'être en même temps un grand organique : l'art du clinicien est de savoir lever les masques, ceux qui recouvrent le mal comme ceux qui le simulent.

Le professeur Laubry raconte volontiers l'histoire d'un homme qui s'écroulait littéralement sur le sol, sans perdre connaissance, après quelques instants très courts d'essai de marche ou même de simple orthostatisme. Babinski n'avait relevé chez lui aucun stigmate susceptible d'expliquer par une lésion organique du système nerveux une astasie-abasie aussi prononcée. Mais l'examen complet du malade révéla que sa tension artérielle, normale en position couchée, s'effondrait en position debout, et cette hypotension orthostatique extrême était la seule cause de cette impotence spéciale : cet accident, malgré son caractère isolé et son apparence psychonévrotique, était parfaitement légitime.

La psychiatrie n'est-elle point un des domaines essentiels du trouble fonctionnel, domaine si vaste que le regard sceptique et narquois du médecin d'asile, errant sur le monde, n'y trouve rien qui ne relève de son empire ?

La plupart des désordres viscéraux, identifiables ou inaccessibles, dissimulés ou évidents, comportent une expression fonctionnelle, sur laquelle il y a peu de mois se penchait mon collègue et ami Abrami. Pas plus que dans le domaine organique, les réponses ne sont ici proportionnelles à l'importance de l'agent excitateur, car notre organisme comporte des points sensibles et des zones neutres. Mais des provocations identiques entraînent chez des sujets différents des réactions étonnamment variables, tant intimes qu'extérieures. La vie hospitalière nous fait assister souvent à la pratique en série de la ponction veineuse : les sujets normaux restent impassibles ; s'ils sourcillent, ils s'en excusent d'un sourire ; les émotifs, qui parviennent à se contenir, laissent lire, cependant, leurs sensations sur leur visage ; il en est même qui blêmissent et qu'il est prudent d'allonger ; d'autres, enfin, clament leur douleur, pleurent et s'agitent ; ceux-là, en général, ont commencé leurs manifestations avant que le contact de l'aiguille soit devenu effectif... Si l'accouchement ne va pas sans gémissements et parfois sans clameurs, Marie Curie, nous apprend sa fille, mit au monde son premier enfant, « les dents serrées, sans un cri ».

Transférons ces tendances élémentaires sur le plan général : qui ne voit l'étendue des difficultés dont elles hérissent l'inventaire clinique ?

Nous sommes les tributaires de nos malades, lorsqu'il s'agit de juger une infinité de symptômes nerveux, psychiques ou viscéraux, algies, paresthésies, troubles digestifs ou splanchniques et bien d'autres. Or, nos patients ne possèdent, à cet égard, aucune commune mesure. Tout varie suivant leur sensibilité individuelle, leur résistance morale, leur énergie, leur amour-propre aussi. Au clinicien de corriger — mais en silence — l'exagération, à lui la tâche de ramener le tableau à son échelle véritable.

Ce n'est point parfois sans lassitude que le médecin se heurte à ces inflations illégitimes, qui détournent son attention de soins plus graves et plus évidemment utiles, d'autant que les plus excessifs d'entre ces êtres dolents sont souvent aussi les plus prolixes, les plus insatiables et, thérapeutiquement, les moins abordables. Sans vouloir pousser notre indulgence jusqu'à la réhabilitation du plus illustre des malades imaginaires, dont le décor de notre « Hippocratis sacrum » rappelle la mémoire, il faut bien reconnaître cependant que l'aptitude à la douleur, tant physique que morale, est répartie fort inégalement parmi les hommes. Je n'entends nullement sous-estimer le mérite d'un Mucius Scævola, ou de l'enfant de Sparte qui fut proposé à l'admiration de notre enfance. Mais telle femme d'apparence saine, qui nous harcèle du récit de ses angoisses et de ses douleurs confuses, n'est-elle point une dysthyroïdienne, que dénoncera la

mesure de son métabolisme de fond? Cette autre, instable neurotonique, ne doit-elle pas son déséquilibre aux tares de son ascendance? Cette troisième, dont le rein droit, ptosé légèrement, est le siège de douleurs pénibles que n'explique aucune plicature uretérale — alors que sa voisine ignore la chute beaucoup plus accentuée du sien — n'est-elle qu'une douillette? Elle verra cependant ses souffrances s'évanouir comme par enchantement après une reprise minime de poids et l'on reconnaît — tardivement parfois — qu'elle se plaignait à juste titre.

Le clinicien côtoie ici les écueils les plus opposés : trop sévère ou trop superficiel, il risque de méconnaître des malaises réels ; trop indulgent ou trop crédule, il encourage des défaillances qu'une intervention psychothérapique énergique eût enrayées. Le développement de la médecine sociale, la recherche d'une couverture, toujours plus étendue, du risque individuel, transportent souvent le problème sur le terrain juridique et chiffré.

La décision du médecin libre — ou de l'expert — naît, dans tous les cas, de la pénétrante observation de nos semblables, psychologique autant que corporelle.

C'est à l'établissement d'un véritable bilan que tend l'examen complet d'un malade et la sanction en sera la pose du diagnostic et des indications thérapeutiques, si magistralement retracée à maintes reprises par les maîtres qui m'ont précédé ici dans cet enseignement. Si complet qu'il soit, ce bilan, souvent, laisserait encore place au doute, si le médecin ne disposait d'une arme complémentaire, faite d'une addition d'impondérables, *son sens clinique*, né de son expérience, du souvenir synthétique, plus ou moins conscient, de tout ce qu'il a vu, classé et retenu, ce sens clinique grâce auquel, fréquemment, comme par intuition, le diagnostic surgit, précoce, ou s'impose malgré les lacunes laissées béantes par l'examen. Mais il n'est aucune conclusion intuitive qui ne doive être contrôlée : les solutions de facilité sont toujours dangereuses.

Jeunes cliniciens de demain, cette tâche accomplie, vous pourrez aller calmement de l'avant dans votre œuvre sociale. Vous serez loués souvent, méconnus parfois. Peu importe. Votre cuirasse sera sans défaut, si vous avez donné tout votre effort, l'attention tendue, la sensibilité contenue, mais toujours en éveil, la conscience ombrageusement intransigeante...

Et, peu à peu, au fil des ans, vous pourrez juger par vous-mêmes du flux et du reflux de ces théories humaines, dont nous nous entretenions il y a peu d'instants, construites sur ces faits que vous aurez, par votre observation, contribué à établir, et qui, eux, ne changeront pas.

Le moment sera venu pour vous, si vous en avez le goût, de participer à cet *effort de synthèse explicative*, qui répond à un véritable besoin de notre intelligence, mais ne doit intervenir qu'en marge de l'observation des faits, après elle, au-dessus d'eux. Maurice Villaret rappelait, récemment, l'agressif parti-pris d'un Broussais qui ne se servait des faits que pour en étayer ses hypothèses, s'ils s'y prêtaient, rejetant purement et simplement les rebelles, — ou celui d'un Galien, soucieux de les plier à un étroit finalisme.

Que reste-t-il aujourd'hui de tant de dogmes scientifiques ardemment soutenus, et qui ont régné en maîtres? Beaucoup se sont éteints ; d'autres ont survécu, plus ou moins amendés, parce qu'ils étaient plus près des faits ; des théories défuntes ont ressuscité : la pathogénie coronarienne de l'angor ne tend-elle pas à s'imposer de nos jours après une longue éclipse? Le recul du temps, qui facilite notre impartialité, nous permet de sourire des véhémences mortes, et souvent de nous étonner qu'elles aient pu être. Le génial Laënnec fut aussi cruellement traité par le théoricien de l' « irritation » qu'Asclépiade l'avait été par le maître de Pergame. La même virulence régna entre Cazenave et Bazin, dont Sabouraud vient de faire revivre les luttes, ardents défenseurs, l'un et l'autre et l'un contre l'autre, d'hérésies devenues depuis évidentes et de vérités qu'on ne conteste plus. Quels combats Pasteur ne dut-il point livrer pour faire admettre la portée de ses découvertes dont lui-même peut-être ne mesurait pas toute l'immensité !

L'ardeur systématique engendre la dispute, et la dispute, dans le domaine de l'esprit, est nécessaire, car elle régénère et stimule l'effort, mais elle se doit de demeurer académique et pondérée autant que vigilante. Pourquoi blesser ceux qui peuvent être convaincus? Pourquoi risquer une diminution, en s'obstinant à recréer un dogme, où n'est malgré tout qu'une hypothèse?

Il ne faut point cependant que les abandons successifs du passé vous inclinent au scepticisme. Montaigne se détournait de toutes les querelles. « A quelque rôle qu'on vous mette, disait-il, vous avez aussi beau jeu que votre compagnon pourvu que vous ne veniez à choquer les principes trop grossiers et apparents. » Ne transposez pas cette philosophie du moindre effort dans le domaine de vos spéculations, construisez au contraire. Les larges synthèses nous font oublier l'aridité de l'investigation analytique. Elles nous éloignent des mesquines réalités quotidiennes, que nous devons subir puisque nous sommes des hommes, mais qui paraissent légères à celui que soutient sa vie intérieure. Mais ne devenez point les prisonniers de votre jeu. Nul d'entre vous ne détiendra la vérité. Les bûchers du passé se sont éteints, le cachot de Galilée s'est ouvert, la parole sereine de l'homme qui pria sur l'Acropole vous garde des intransigeances fondées sur les vérités d'un jour. Spéculations inoffensives d'intellectuels, qui ont pourtant allumé des torches en des mains grégaires...

« Quelque loin que la science pousse ses conquêtes, son domaine sera toujours limité. C'est tout le long de ses frontières que flotte le mystère, et plus ses frontières seront éloignées, plus elles seront étendues. » Cette phrase d'Henri Poincaré définit, comme le fit Grasset dans le domaine biologique, la ligne mouvante en deçà de laquelle règne le fait, alors qu'au delà tout n'est qu'interprétation. En deçà, l'accord doit être ; au delà, que chacun résolve pour lui-même le problème ou l'ajourne, suivant sa propre tendance, raisonnée ou instinctive. Que sommes-nous? Un amas de matière, que régit la loi physico-chimique, mais qu'anime la flamme de la vie. Entre les deux s'étend cette frontière idéale qui sépare les faits concrets de leur mystérieux régulateur. « Les phénomènes de la vie, écrit Prenant, sont un domaine admirable pour les interprétations spiritualistes... Chaque fois que les conquêtes de la biologie positive l'ont délogé d'une position quelconque, le spiritualisme s'est réfugié ailleurs. » Mais il ajoute qu'il voit poindre le jour où « il n'y réussira plus ». « Quel avantage trouves-tu, disait au contraire le plus farouche, le plus doctrinaire, le plus froidement cruel, à d'autres heures, des révolutionnaires de 93, apostrophant son adversaire en une langue immédiatement évocatrice d'une époque, quel avantage trouves-tu à convaincre l'homme qu'une force aveugle préside à ses destinées, frappe au hasard le crime et la vertu, et que son âme n'est qu'un souffle léger qui s'éteint aux portes du tombeau ?... Un scélérat, méprisable à ses propres yeux, horrible à ceux d'autrui, sent que la nature ne peut lui faire de plus beau présent que le néant. »

Que chacun puise des forces morales à la source qui coule pour lui ; qu'il ne s'acharne point à tarir celle qui coule pour les autres. Tous les orgueils sont illégitimes et l'étude de la vie nous donne une perpétuelle leçon d'humilité. Nous ne sommes initialement que des résultantes ; puisque nous avons reçu et que nous transmettons la vie, nous constituons

des maillons d'une chaîne, et ce qu'il adviendra de nous, au cours de notre existence, pèsera sans doute sur les générations suivantes. Nous sommes fiers de notre personnalité, de notre indépendance, de notre liberté : mais nous avons apporté en naissant toute la masse de nos hérédités ; nous avons subi, surtout à l'âge malléable de l'enfance, l'empreinte de nos parents, de nos éducateurs, de notre milieu, et cette empreinte se retrouve toujours, même, en négatif, au cours de certaines rébellions. La vie physique de notre être transforme nos réactions. La conscience que nous avons de notre libre arbitre ne serait-elle qu'un leurre ? Toutes les générations ont débattu cet hallucinant problème, mais le rideau du mystère nous sépare de sa solution. Tout en nous cependant s'insurge contre un déterminisme aveugle, dans le domaine des choses de l'esprit et du cœur. A défaut de lois définitives, constatons simplement que la négation de la liberté ne peut engendrer que ruines, qu'elle détruit tout ce qui donne à l'existence son prix moral. Nous avons trop la conscience de cette liberté pour qu'elle ne soit pas ; mais nous avons aussi la conscience de ce qui la limite ; et si l'homme sait s'interroger lui-même, s'il a gardé le souvenir de son passé, s'il connaît bien ses ascendances, il retrouve en lui ce qui fut construit par les autres, et se persuade mieux de ses devoirs à l'égard de ceux qui lui devront la vie de leurs cellules ou la formation de leur esprit. . . . .

. . . .

La vie nous entraîne, et ne nous laisse point le fréquent loisir de converser avec nous-mêmes. Je vis cependant une de ces heures rares où s'impose ce retour. Je vous dois d'accomplir en ce jour l'acte symbolique par lequel se consacre mon accès au but de ma carrière universitaire. Votre bienveillance, mes chers collègues, m'a convié, depuis déjà dix ans, à m'asseoir parmi vous. Il y a quelques mois est intervenue la décision qui, me mettant en cette nouvelle place, a comblé une ambition née en moi du jour où j'ai franchi le seuil de cette demeure, et m'a fait accéder à l'enseignement clinique. Ma confusion est grande lorsque je songe à mes devanciers. Je suis heureux que, comme mes désignations de 1928, de 1932, mon transfert de 1937 se soit effectué sans heurt, avec l'assentiment immédiat de notre Conseil unanime, que je remercie affectueusement ; de notre doyen dont le sourire spirituel et latin préside à nos destinées et sait apaiser les orages ; de M. le recteur Tailliart qui, atteint par la limite d'âge au moment même où je prenais effectivement mes nouvelles fonctions, a dû s'éloigner de nous, laissant après lui une tradition d'extrême et bienveillante courtoisie, aussitôt renouée, par bonheur, à la tête de notre Académie. Mon prédécesseur est trop vivant pour que je fasse ici son éloge : le professeur Vires, désigné lui aussi par le jeu aveugle des calculs administratifs, est descendu en pleine force de la chaire où a retenti sa parole fougueuse, passionnée du culte de la tradition clinique. Sa présence dans cette enceinte, celle de M. le recteur Pariselle, de mes collègues universitaires, de tous ceux qui se pressent sur ces bancs me touchent, et je vous dis mon émotion...

Je songe à ce que représente, pour ceux qui m'ont constamment soutenu de leur affection familiale, la pompe d'un pareil jour. Et je pense aux vides qui se sont creusés autour de nous, aux ombres qui m'entourent, aux souvenirs vivants qui se lèvent en moi, que dis-je ? qui font partie de moi.

Ce que je dois à ceux qui m'ont guidé, je le retrouve sans peine. Je refais à volonté ces longues étapes de l'enseignement secondaire, où l'autorité de certains maîtres peut provoquer de si durables retentissements, où certains sceaux définitifs peuvent être imprimés.

Je me revois, élève de notre Faculté des sciences, pendant quatre années fructueuses, dont trois me ramenèrent autour des tables de l'ancien Institut de chimie, sous l'égide puissante d'un grand savant, maître exigeant et bienveillant, grand laborieux, épris d'ordre, et de cette méthode que Marcelin Berthelot lui avait enseignée, De Forcrand, entouré d'une phalange de collaborateurs formés par lui.

A la Faculté de médecine, dans les hôpitaux, chaque mois, chaque jour apporta sa pierre, mais quelques grandes figures émergent entre tant d'hommes auxquels va le reconnaissant souvenir de l'étudiant. Le professeur Tédenat, qui fut autrefois l'introducteur des méthodes listériennes dans notre Languedoc, opérateur et orateur tout en force, le professeur Forgue, ce prestigieux chef d'école qui manie la langue française et l'instrument sauveur avec la même maîtrise élégante, m'ont appris ce que je sais de la technique et du diagnostic chirurgicaux, auxquels nul médecin ne saurait demeurer étranger. Je n'ai point été le collaborateur officiel du professeur Estor, mais je l'ai vu longuement à l'œuvre, en des heures cruelles où son action décisive, sa bonté rayonnante ont su faire naître en moi des sentiments de reconnaissance sans bornes et de déférente affection.

Jeune externe, j'avais été parfois, de loin, le témoin de ces colloques amicaux, demeurés fameux, qui réunissaient chaque matin Grasset et Carrieu, tous deux professeurs de clinique médicale, en de minuscules cabinets pauvrement meublés dont s'accommodait leur simplicité. Peu après mon accès à la vie hospitalière, Grasset descendait volontairement de sa chaire clinique, et c'est dans notre grand amphithéâtre que nous l'entendîmes édifier pour nous le magnifique monument physio-pathologique et thérapeutique par lequel il couronna son œuvre.

Marius Carrieu fut en médecine mon premier maître : je revois son fin et long visage, son regard malicieux, son bon sourire, j'entends sa parole familière, énonçant avec lenteur des vérités maîtresses, soulignant l'essentiel d'un tableau clinique complexe aussitôt déchiffré.

Georges Rauzier fut le disciple de choix du grand Grasset : il reçut de sa main la clinique médicale, par un simple échange d'enseignements avant qu'une décision administrative sanctionnât officiellement l'échange des chaires. Ce travailleur acharné, qui niait la fatigue et mourut à la peine, consacra sa vie didactique à l'art d'examiner les malades ; il y excella et, quotidiennement, sans se lasser, eut la patience de guider pas à pas des débutants dans cette analyse souvent ingrate ; ce dévouement groupa autour de lui des foules d'élèves enthousiastes : de nombreuses générations de cliniciens solides et méthodiques lui durent leur formation. Je devins son interne au retour de la guerre ; aucun jour ne coula qu'il ne m'eût appris quelque chose. Il nous quitta, un matin, à l'heure accoutumée, sa tâche accomplie, le front douloureux. Trois jours après il n'était plus.

Et sur ses pas se lève une autre grande ombre. Élève de Grasset, ami de Rauzier, Victor Vedel reprit le flambeau de l'école, devint mon maître, mieux que mon maître, mon « patron ». Ce clinicien né, admirablement intuitif, pondéré et prudent, soucieux de tous les contrôles, solide comme un roc, alliait à ces qualités de l'intelligence une bonté profonde, qu'il fallait découvrir sous une rudesse de commande ; volontiers taciturne au chevet du malade, son esprit travaillait sans cesse, s'irritait à la recherche des solutions rétives, éclatait d'une joie véritable lorsqu'il les découvrait. Il dut connaître une longue torture, physique et morale, où il donna la mesure de son énergie stoïquement trempée.

Eugène Derrien était son ami. Peu d'hommes ont pu réunir une culture biologique aussi étendue et diverse. Il a vraiment régné pendant plus de vingt ans sur nos laboratoires, à la faculté comme à l'hôpital. Aucun problème biologique n'arrêtait l'inexpérience de l'élève, étudiant, interne ou candidat aux grands concours, qu'il ne fût aussitôt résolu par quelques instants de conversation avec ce maître d'un exquis commerce. Le point faible était souligné d'emblée ; par un mot, la lacune était comblée, le



renseignement précis fourni, le document désiré désigné. Tout était admirablement classé dans cet esprit génial, doué pour la recherche originale comme pour l'enseignement ; conducteur infatigable, il créa en peu d'années une école féconde. Le souvenir des longues heures passées dans son laboratoire, de concert avec celle qui fut associée à toute ma vie laborieuse d'hôpital ou de faculté, demeure parmi les plus rares.

Ces hommes, mes maîtres, demeureront, tant que je vivrai, étroitement mêlés à la vie de mon propre esprit. Ma tâche hospitalière s'accomplit aujourd'hui dans ces mêmes salles où je fus, à tous les échelons, leur collaborateur ; elle ne cesse de me proposer des problèmes semblables à ceux qu'autrefois j'ai déchiffrés sous leur direction ; je reconnais chaque jour ce que chacun d'eux m'a légué...

Leur souvenir se mêle à celui d'autres chefs, des chefs illustres de notre grande métropole médicale française. Le professeur Paul Carnot, savant à la simplicité légendaire, dirige toujours, à notre grande joie, son vaste domaine de l'Hôtel-Dieu : lorsque notre Université joignit à mon enseignement médical de fond celui de l'hydrologie et de la climatologie thérapeutique, dont la fondation répondait à une nécessité depuis longtemps reconnue, je trouvai aussitôt, en ce grand clinicien, un guide et un exemple.

Widal, Vaquez, ne sont plus : ils ont été de ces hommes qui forcent l'admiration par leur puissance, puis l'affection par leur bienveillante bonté : l'école de Cochin, l'école de la Pitié furent longuement pour moi des maisons accueillantes, dont la flamme a été pieusement recueillie par les disciples de leurs grand fondateurs...

Et par delà tant de visages, un autre surgit, vers qui chaque jour je me tourne, celui de l'homme dont je suis le fils, qui m'a vraiment formé, que j'entends chaque jour parler en moi, qui fut mon premier maître, mon premier conseiller, — et le demeure toujours, vivant comme au temps de sa force...

Ah ! les systèmes peuvent s'affronter, dresser leurs murailles fragiles ! Participez aux jeux brillants de l'esprit qui les édifient ; accumulez et critiquez les preuves ; soyez logiques, précis, sévères ; soyez secs ; soyez durs. Mais, la détente venue, ouvrez votre jardin secret, laissez monter les voix qui ne s'élèvent plus que pour vous, rejoignez vos chers souvenirs, laissez-vous glisser au gré d'une sensibilité indifférente aux contraintes, abandonnez-vous au charme amer et pénétrant qui monte du passé, à ces forces obscures qui, souvent à votre insu, vous mènent...

L'heure ne sonnera que trop tôt, où vous devrez reprendre votre masque d'homme armé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de Biologie clinique pratique, par le Docteur François Morel. — 3e édition, in-8°, 72 pages, broché. Dépositaire : Librairie Le François. Prix : 15 francs.

Dans ce petit livre, absolument parfait de précision et de concision, l'auteur expose « tout l'indispensable, mais rien que l'indispensable » concernant les examens de Laboratoire appliqués à la clinique courante. Technique des prélèvements usuels, chiffres normaux, interprétation de leurs variations sont schématisés très clairement.

Ce Guide mérite d'être répandu parmi les praticiens et les étudiants.

Le Diabète, par le Dr Henry Chabanier et le Dr C. Lobo-Onell. — Un volume in-16 double-couronne. Collection « La Guérison des maladies », 18 fr. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris, 6e.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 10 JANVIER 1939.

Installation du bureau. — M. Fernand BEZANÇON, président sortant, prononce le discours d'usage. Il le consacre à l'étude du travail très important effectué par les différentes commissions de l'Académie et il insiste sur les travaux ayant trait à l'hygiène générale et aux maladies infectieuses.

L'un des problèmes actuels les plus graves qui aient été étudiés devant l'Académie est celui de la *dénatalité* et de la dépopulation qu'elle entraîne. Le président rappelle que le nombre des naissances, qui atteignait 1.029.000 en 1876, est tombé à 620.000 en 1937. Sauf quelques rares foyers de surnatalité, cette dénatalité est générale : « Des communes rurales, même, en nombre croissant, n'ont plus que des vieillards... »

Les perspectives d'avenir sont plus inquiétantes encore si on considère l'étranger (Allemagne, excédent de naissances : 950.000 ; Italie, excédent : 775.000).

La dénatalité est due à la généralisation des méthodes anticonceptionnelles et à la fréquence des avortements. Ses causes profondes, certes, sont d'ordre moral (Boverat, Siredey), mais elles sont aussi d'ordre matériel (J. L. Faure). Et M. BEZANÇON relit le vœu récemment voté par l'Académie, vœu dans lequel la question est envisagée sous tous ses aspects.

La question de la dénatalité se trouve aggravée par celle de la *mortalité infantile.*

Il ressort, en effet, des statistiques, que depuis 1933 la mortalité infantile n'a guère diminué. Nous sommes au point mort. M. BEZANÇON note, d'autre part, qu'une de ses causes importantes est la syphilis héréditaire. Le rôle de la tuberculose n'est pas moins important. D'où l'importance de la dépister par des examens répétés, par la cuti-réaction, par la radiographie systématique.

Après avoir cité les travaux sur le B. C. G., les recherches de Vallée sur la paratuberculose bovine, M. BEZANÇON arrive aux *maladies infectieuses.* Il évoque le souvenir des acclamations soulevées il y a trois semaines par la communication de M. G. Ramon.

En achevant la revue des travaux relatifs aux maladies infectieuses, M. BEZANÇON, qui revient du Maroc, dit enfin son admiration pour l'œuvre immense réalisée dans l'Empire par les médecins coloniaux et par les instituts Pasteur.

Puis, après avoir remercié encore ses collègues, M. BEZANÇON, au milieu des applaudissements, cède la place à son successeur, M. le médecin général inspecteur SIEUR, tandis que M. Louis MARTIN, vice président prend place au bureau.

M. le président SIEUR, en prenant possession du fauteuil présidentiel, remercie ses collègues et en termes très heureux, il se félicite de la collaboration établie entre les médecins militaires et les médecins civils, collaboration dont il fut, il faut le dire, un des meilleurs réalisateurs.

Il fut très applaudi.

Vaccination antidiphtérique. — M. E. LESNÉ :

« Ainsi que mes collègues et amis Émile Sergent, Jules Renault et Robert Debré, je tiens à stigmatiser les attaques inconsidérées formulées contre la vaccination antidiphtérique. Cette campagne, qui trouble l'opinion publique jusque-là très favorable à la vaccination antidiphtérique et qui n'est basée ni sur l'expérimentation ni sur l'observation clinique, doit être combattue énergiquement afin de ne pas priver les enfants d'une mesure prophylactique efficace et inoffensive.

« On peut affirmer l'innocuité de l'anatoxine diphtérique préparée et contrôlée chez l'animal par G. Ramon, anatoxine qui a été injectée à des milliers d'individus tant en France qu'à l'étranger. Pour ma part, je n'ai jamais observé d'acci-

dents graves chez plus de 39.000 enfants immunisés sur mes indications depuis 1928, tant à l'hôpital Trousseau que dans divers préventoriums ou dans ma clientèle privée.

« Persuadé de cette innocuité, j'ai profité du séjour des enfants malades dans mon service pour les immuniser : tuberculeux, coquelucheux, scarlatineux, diphtériques, etc. Malgré leur état, ces jeunes sujets n'ont présenté aucune réaction appréciable et les injections d'anatoxine n'ont eu aucune influence sur l'évolution de l'affection dont ils étaient atteints. Quant à l'efficacité de cette vaccination, lorsqu'elle est correctement appliquée, elle est démontrée par de nombreuses statistiques tant en France qu'à l'étranger qui mettent en évidence une diminution importante de la morbidité et de la mortalité par diphtérie dans toutes les collectivités d'enfants où elle est employée.

« En aucune façon, les attaques injustifiées ne pourront entraver la diffusion de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine spécifique de Ramon, qui a déjà sauvé tant de vies humaines. »

Considérations sur le titrage des sérums antigangréneux. — M. Weinberg et Mlle Guillaume.

Comparaison des vaccins antirabiques phéniqués et des moelles desséchées. — MM. Remlingen et Bailly.

SOCIETE DE PATHOLOGIE COMPAREE

Séance solennelle annuelle du 13 décembre 1938.

La question des huîtres et des coquillages

L'huître aliment et l'huître médicament. — M. A. Hemmerdinger.

L'huître, richesse nationale, importante, est loin d'être appréciée à sa juste valeur par le consommateur. Au point de vue gastronomique, rien à dire : l'huître est recherchée, appréciée, mais ce point de vue a trop tendance à laisser oublier les autres. On considère volontiers l'huître comme une gourmandise, un luxe qu'on s'offre quand on le peut et l'on oublie, ou plutôt on ignore, que l'huître est un aliment extrêmement intéressant, et peut même constituer, dans bien des cas, un médicament précieux.

Si l'on examine, en effet, la composition de la chair de ces mollusques, on trouve pour 100 gr., soit cinq huîtres moyennes : protides, 9,71 ; lipides, 1,14 ; glucides, 4 ; sels minéraux, 1,62 ; calories utilisables, 53,44.

Ce tableau fait déjà ressortir la richesse en protides, d'où il résulte qu'une douzaine et demie d'huîtres moyennes apporte la quantité d'azote animal suffisante à un adulte pour sa journée.

Mais il y a plus. Les sels minéraux sont constitués, au point de vue élémentaire, pour ne citer que les principaux, par du fer, du cuivre, du manganèse, de l'iode, sous une forme d'autant plus assimilable que l'huître est habituellement sonsommée crue. De plus, la marennine, agent de coloration des huîtres vertes, est une lécithine, apportant du phosphore cous la forme la plus avantageuse pour l'organisme.

Enfin, l'huître est particulièrement riche en vitamines et d'une digestion facile, ce qui permet de la recommander à tous les âges, et non seulement dans l'état de santé, mais comme aliment admissible pour nombre de malades, en dehors de ses propriétés thérapeutiques proprement dites.

Car ses propriétés sont multiples, découlant à priori de la composition ci-dessus exposée, et les expériences faites ont montré le bien-fondé d'utilisations, dont quelques-unes remontent à la plus haute antiquité, bien antérieures à toutes les connaissances théoriques sur la chimie alimentaire et thérapeutique.

Citons seulement pour mémoire les propriétés aphrodisiaques qu'on lui attribue, à tort ou à raison, comme d'ailleurs à tous les produits aquatiques, et rappelons, au point de vue historique, l'utilisation très ancienne de l'huître contre les troubles intestinaux, le scorbut, la rage, l'anorexie, la phtisie.

Arrivons-en rapidement aux indications particulièrement étudiées : *a)* dyspepsies ; *b)* scorbut ; *c)* rachitisme, scrofule, tuberculose ; *d)* anémies.

a) L'intérêt de l'huître chez les dyspeptiques tient à la grande digestibilité, à la richesse et à la variété de ses apports: quelques huîtres passent là où le beefsteak et les fruits crus qu'elles remplacent ne passeraient pas.

b) Dans le scorbut, la richesse en vitamines diverses rend évident l'intérêt de l'huître.

c) Dans les maladies en rapport avec le bacille de Koch, c'est en même temps que l'apport de vitamines, la richesse en iode particulièrement assimilable et non agressif pour le tube digestif qui agit — et l'action a été démontrée expérimentalement. On a pu même obtenir, par un parquage spécial, des huîtres suriodées (1,5 mg. d'iode métalloïde par huître en quatre jours), sans mauvais goût, réalisant une cure d'iode incomparable.

d) Dans l'anémie, grâce à sa richesse en fer, cuivre et manganèse, l'huître s'est montrée pratiquement supérieure au foie, et son ingestion est singulièrement plus facile au point de vue gastronomique.

Si l'on considère que les dangers de l'huître sont, ou bien illusoires (soi-disant toxicité à l'époque du frai, pendant les mois sans R) ou bien faciles à éviter (contrôle sanitaire, dont il suffit d'exiger la fiche sur le panier), on voit qu'il ne reste comme contre-partie aux nombreux avantages de l'huître que son prix un peu élevé — au moins en ville. A 4 fr. la douzaine, le prix journée ressort à 77 fr., tandis que celui de l'œuf à 1 fr. 20 est de 33 fr., et celui du filet de bœuf d'environ 36 fr.

Mais comme il ne saurait être question d'en faire une nourriture exclusive, elles restent dans la mesure où on les consomme habituellement, un aliment de premier ordre, dont l'usage mérite d'être recommandé et développé.

Les mollusques : Maladies provoquées chez l'homme ; Contrôle sanitaire ; Législation. — M. le professeur Verge.

L'auteur étudie d'abord les maladies provoquées chez l'homme, par la consommation des différents mollusques : huîtres, moules, coquillages divers. Il passe successivement en revue les empoisonnements vrais — type épidémie de Wilhems Haven — les intoxications botuliniformes et, surtout, les toxi-infections nées de la présence, au sein des mollusques, de germes spécifiques du groupe typhique, paratyphique, colibacille, proteus, etc.

Les mollusques s'infectent, soit dans les parcs insalubres de production et d'engraissement, soit au moment de la vente par la mise en œuvre de certaines pratiques coupables, telles que le trempage et le rafraîchissement des mollusques dans des eaux polluées.

L'auteur termine en évoquant la législation actuelle et en montrant, avec les bienfaits du décret du 31 juillet 1923, uniquement réservé à la surveillance de l'huître, les nécessités de son extension à tous les autres coquillages.

L'huître et le cuivre. — M. Ranson.

Depuis les travaux de Scheele et Gabriel Bertrand, on sait que les métalloïdes et métaux font partie intégrante de la cellule vivante et interviennent dans toutes les réactions protoplasmiques. Les métalloïdes et les métaux ont un rôle déterminant dans l'édification physico-chimique de la matière vivante et dans son organisme.

Il existe un parallélisme dans l'action des vitamines et des métaux. Le fer et le cuivre sont indispensables à la nutrition de l'homme. Le cuivre étant le complément indispensable du fer dans la formation de l'hémoglobine.

L'huître, de toutes les substances alimentaires animales et végétales est l'aliment qui contient le plus de cuivre, après le foie de veau. Elle a donc une indication thérapeutique de premier ordre contre l'anémie.

M. Ranson envisage le problème de l'huître et du cuivre du point de vue :

a) Quantitatif ;

b) De l'origine de ce cuivre (eau de mer, 0,010 mg. par litre, divers éléments de sa nourriture et du fond sur lequel elle est déposée) ;

c) De l'étude histologique et histochimique du cuivre dans l'huître ;

d) Du mécanisme de l'absorption du cuivre par l'huître. Les huîtres sont de puissants accumulateurs de cuivre, de fer, de zinc, de manganèse et aussi d'iode. Le cuivre est absorbé, sous forme colloïdale, par toute la surface extérieure du corps.

On sait que les huîtres cuivreuses sont en mauvais état physiologique, anémiques, dont le métabolisme cuivrique est troublé : elles sont malades.

e) Du rôle physiologique du cuivre chez la larve d'huître et chez l'adulte. Le cuivre est indispensable à sa vie, notamment lors de son état de larve (larve pélagique). C'est le cuivre qui lui permet de poursuivre ses transformatons et d'arriver à l'état définitif. Il est donc indispensable à sa vie. Il entre dans la constitution de l'hémocyanine, pigment respiratoire. Son activité dans le transport de l'oxygène chez divers animaux marins est proportionnelle à son contenu en cuivre.

La question de la teneur de l'huître en cuivre est d'une brûlante activité pratique. L'attention du monde médical a été attirée souvent à la suite de troubles digestifs graves provoqués par les huîtres contenant des quantités excessives de cuivre (huîtres provenant d'Amérique, d'Angleterre et du Portugal, présentant des amas verdâtres très apparents à différents niveaux du corps ; ce sont des huîtres cuivreuses ou huîtres à leucocytose verte). Les populations riveraines de ces zones de production n'en consomment pas, mais des commerçants peu scrupuleux en ont livrées à la consommation, à des personnes non averties du danger et des accidents assez graves se sont produits en Angleterre, en Amérique, en France, en Algérie. Il arrive en France une assez grande quantité de ces huîtres. Il leur faut près de deux ans pour se débarrasser de leur excès de cuivre. Elles sont quelquefois livrées à la consommation au bout de six mois à peine. Les Pouvoirs publics doivent en interdire l'importation.

Le verdissement des huîtres. — M. Dufrenoy (rapport présenté par M. Brocq-Rousseu).

Les huîtres verdissent lorsque le fond sur lequel elles vivent se recouvre d'un tapis vert bleuâtre qui, au microscope, se montre constitué par un mucilage transparent dans lequel se déplacent d'innombrables individus d'une diatomée, *Navicula Ostrearia* Bory, ou Navicule bleue.

Le phénomène mis en évidence par Sauvageau a fait l'objet de mémoires récents de Ranson.

Les diatomées sont enveloppées d'une carapace formée de silice fixée sur un support organique, montrant les propriétés de matière pectique et capables de se gonfler par absorption d'eau pour former un mucilage.

A l'intérieur de cette carapace, une cellule montre deux gros « chromatophores », correspondant aux « chloroplastes » des végétaux verts. Ce sont des phéoplastes ou endochromes. Le cytoplasme de Navicula contient des chondriosomes ordinaires et des chondriocontes, ainsi que des glocules graisseux et, vers le centre, un noyau.

Les algues unicellulaires flagellées contiennent un corpuscule coloré en rouge orangé. Il est une dépendance d'un chloroplaste de la cellule.

Parmi les diatomées marines, les benthiques vivent sur les fonds. Les planctoniques flottent dans l'eau. La navicule normalement planctonique et incolore se pigmente en bleu dans la nature, en tombant au fond, pour devenir benthique, ou expérimentalement, sous l'effet de certaines conditions.

L'auteur expose les conditions requises pour l'apparition de la navicule bleue benthique.

Le rôle économique de l'huître. — M. Charnier.

L'ostréiculture joue dans la vie de nos populations littorales un rôle considérable, puisqu'elle fait vivre peut-être 300.000 personnes.

Pendant longtemps, les pêcheurs se sont bornés à draguer les bancs naturels, les produits étant soit vendus immédiatement, soit améliorés, à Étretat, à Courseulles, dans la région de Marennes. L'ostréiculture a été créée entre 1850 et 1860, grâce aux recherches surtout du commissaire de la Marine, de Bon et du naturaliste Coste. Vers 1920-1922, la disparition des huîtres indigènes a incité les éleveurs à garnir leurs parcs d'huîtres portugaises, introduites en France en 1868.

Aujourd'hui, cette industrie comporte trois séries d'opérations distinctes :

La récolte du naissain, faite surtout en Bretagne, pour la plate ; à Arcachon, à Marennes, dans l'estuaire de la Charente et en Gironde, pour la gryphée.

L'élevage est le fait de Marennes, Oléron, dont les parcs contiennent plus d'un milliard de sujets ; de la Bretagne méridionale, d'Arcachon.

L'engraissement et l'affinage donnent au coquillage ses qualités les plus appréciées « fine de claires » de Marennes et la « Bélon », constituant de véritables « crus ».

Le commerce des huîtres revêt une ampleur que l'on imagine mal : 70.000 t. environ, représentant près de 3 millions d'expéditions, tel est son bilan pour 1937. Il faut y ajouter la consommation dans les lieux d'élevage, impossible à chiffrer, mais qui est considérable.

Denrée de luxe, très fragile, l'huître nécessite des transports rapides, bien organisés par les compagnies de chemins de fer, à l'instar de l'expédition de la marée de Boulogne.

Son prix de vente, très rémunérateur, fait des centres ostréicoles français des régions riches, où l'aisance pénètre dans toutes les classes de la population.

L. Grollet.

Parasitologie médicale, par Hervé Harant. 202 p., 95 fig. ou photos. Maloine, édit. Collection « Les Petits Précis », 1939. 1 volume : 18 francs.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. Weitz, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.



N° 5. — MERCREDI 18 JANVIER 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Perversité et réforme pour maladie mentale, par M. R. BENON.

Le cobalt dans la nature, par M. Jean-Marie LE GOFF.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Panaris du pouce, par M. J. REIGNIER.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Marseille. — *Le concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : M. Mouren ; Mlle Blanc ; MM. Buerle, Abignoli ; Mlle Seillon ; MM. Dalmas, Marcorelles, Tristani, Olive, Desanti ; Mlle Cheyron ; M. Roche.

Externes en premier : MM. Michel, Julien, Dieulangard.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Gastaut, Bourret. Liscia, Boittelle, Salvadori, Arnaud, Pierre, Gérard et Lazzaretti *(ex æquo)*, Blanc ; Mlle Roux ; MM. Sauvet et Bousquet *(ex æquo)*, Dufau, Aouchiche ; Mlle Bard ; MM. Cabasson, Delaage, Griffoni et Toci *(ex æquo)*.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) est vacant par suite de la mise en congé de M. le docteur Tusques.

— Le poste de médecin directeur est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges) (poste créé).

— Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Hoerdt (Bas-Rhin) est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Delmont, appelé à un autre poste.

Faculté de Bordeaux. — *Diplôme de médecin colonial et de médecins brevetés de la Marine marchande.* — La trente-troisième série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin breveté de la Marine marchande (novembre et décembre 1938) a été suivie par quarante-huit auditeurs, dont sept avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'Expansion chimique « Specia ».

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux :

MM. Abdel-Aziz, Amin, Bassali, Berger, Brunet, Casteigt, Cazenabe, Dr Courteix, Crabit, Delaunay, Durrieu, El Akkad; Mlle Foucault ; MM. Gouda, Jacques, Lafon, Mankarios, Mazaudon, Meignie, Meulet, Moura, Nicolas, Nury, Perrin, Perrineau, Rual ; Mlle Dr St. Paul ; MM. Dr Sid Kara, Soufron, Tardin, Thomas, Vergez, Walli.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins brevetés de la Marine marchande :

MM. les docteurs Barsoum, Courteix, Magnol, Marchetti, Maury, Sid Kara.

La trente-quatrième série d'études aura lieu du 3 novembre au 23 décembre 1939. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Brahic, agrégé, est chargé de l'enseignement de la propédeutique médicale.

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — Le docteur Antoine Terrasse est institué pour neuf ans professeur suppléant de clinique médicale.

École de Médecine de l'Indochine (Hanoï). — Par décret en date du 10 janvier 1939, rendu sur la proposition du ministre de l'Éducation nationale et du ministre des Colonies, M. Galliard, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, a été nommé directeur de l'École de Médecine et de Pharmacie de plein exercice de l'Indochine, pour une nouvelle période de trois ans, à compter du 1er octobre 1938.

Légion d'honneur. — Le Gouvernement vient de décider d'élever à la dignité de *grand officier* le docteur Thierry

de Martel. Nous sommes heureux d'adresser à notre éminent collègue et ami l'expression de nos très affectueuses félicitations.

— Affaires étrangères. — *Commandeur :* le docteur Bergeret, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Officier : le docteur Blanc, directeur de l'Institut Pasteur du Maroc.

Chevalier : M. Levesque, chirurgien-dentiste de l'hôpital français à Istamboul.

Ministère des Colonies. — Sont désignés comme consultants au Ministère des Colonies : MM. Tanon, Gougerot, Basch, Velter, Wilmoth, Halbron, Dartigues, E. Paul-Boncour, Erzbischoff, Genil-Perrin et Massonnet.

Le Xe anniversaire de la mort de Fernand Widal a été commémoré samedi dernier à l'hôpital Cochin. Ses élèves et ses amis, réunis autour de Mme Widal et de son fils, ont écouté une conférence du professeur Fernand Bezançon sur *Widal et l'esprit clinique.* Après la conférence, tous les assistants allèrent se recueillir devant le monument élevé à la mémoire du grand maître disparu. Nous publierons dans un très prochain numéro la conférence du professeur Bezançon.

Syndicat des Médecins de la Seine. — Le Conseil d'Administration du Syndicat des Médecins de la Seine vient d'élire son bureau, dont voici la composition pour 1939 : *Président :* Dr A. Boelle. *Vice-présidents :* Dr Marc Chevalley, Dr Herpin. *Secrétaire général :* Dr P. Barlerin. *Secrétaires adjoints :* Dr Le Clerc, Dr Jodin. *Trésorier :* Dr A. Lévy.

Société de Médecine publique et de Génie sanitaire. — La prochaine séance aura lieu sous la présidence du professeur Tanon, le jeudi 19 janvier 1939, à 15 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 28, rue du Docteur-Roux, Paris (XVe). Elle sera consacrée à l'*étude de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine.*

La Société des Chirurgiens de Paris tiendra sa séance solennelle annuelle dans la salle des congrès de l'Hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux (60, boulevard de Latour-Maubourg) le vendredi 20 janvier 1939, à 16 heures. Les confrères sont cordialement invités à y assister.

Association internationale de Cosmobiologie, — La prochaine assemblée aura lieu le dimanche de Pâques, 9 avril, le 10 et le 11 avril, à Menton.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, le docteur Maurice Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur, — Le XIVe voyage de Pâques de la *Société médicale du Littoral méditerranéen* se concentrera le samedi 8 avril, à Menton. La visite de toutes les stations de la Côte d'Azur aura lieu avec le grand confort habituel.

Une excursion en Corse et une excursion dans les Alpes sont prévues. Renseignements : Secrétariat de la Société médicale, 24, rue Verdi, Nice.

La prochaine croisière organisée par « Bruxelles-Médical » s'effectuera, à Pâques 1939, en Egypte et Haute-Egypte. Le départ de Marseille a été fixé au 31 mars 1939 et sera assuré par le paquebot de grand luxe *Félix Roussel* (21.115 tonnes) ; le retour d'Alexandrie à Marseille s'effectuant à bord du *Mariette Pacha,* sister-ship du *Champollion,* bien connu des habitués des croisières « Bruxelles-Médical ».

L'itinéraire sera le suivant : Marseille-Port-Saïd-Le Caire-Assouan-Louqsor (Vallée des Rois)-Le Caire-Alexandrie-Marseille.

Le prix forfaitaire du voyage a été fixé à la somme de 65 livres sterling en 1re classe, 54 livres sterling en 2e classe, ce qui, au cours actuel du change, représente environ 11.570 francs français en 1re classe, 9.610 francs français en 2e classe. Pour recevoir le programme détaillé du voyage et pour les inscriptions, s'adresser à Croisière « Bruxelles-Médical » (Pâques 1939), 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Cliniques médicale et chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, — Conférences sur les *maladies* de l'*anus* et du *rectum,* par le docteur Jean Rachet, médecin des hôpitaux, les jeudis à 18 heures, à l'amphithéâtre Trousseau.

Programme des cours : Jeudi 19 janvier. — Les hémorroïdes.

Jeudi 26 janvier. — Les fissures ; les névralgies ano-rectales. Le prurit anal.

Jeudi 2 février. — Conception générale des rectites. Les ano-rectites.

Jeudi 9 février. — Les ano-rectites (*suite*) : les localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre.

Jeudi 16 févirer. — Les recto-colites.

Jeudi 23 février. — Le cancer ano-rectal.

AVIS

On nous prie de signaler la disparition d'un jeune homme, Prost Charles Éric Victor, qui a quitté sa famille le 25 juillet, pour excursionner dans les Alpes, lui a écrit régulièrement jusqu'au 7 août, dont on a pu suivre les traces jusqu'au 10 août aux Clots près de Champoléon (Hautes-Alpes), disparu depuis et que l'on suppose frappé d'amnésie, les recherches minutieuses effectuées en montagne ayant été infructueuses. Ses goûts sont modestes ; il ne loge pas dans les hôtels ; il est taciturne et aime la solitude.

Son signalement est le suivant :

22 ans, 1 m 75 environ, cheveux blonds ondulés, coiffés en arrière, sourcils blonds, yeux bleus, front bombé, nez fort, bouche moyenne, menton rond, visage carré, maxillaire fort, bonne dentition, habillé à la tyrolienne, chaussures de ski, mollets nus, culotte en peau de chamois gris-vert avec lacets sur les côtés. veste de velours beige côtelé, éventuellement pull-over bleu ou blanc, bretelles à la tyrolienne brodées et ornées sur une bande transversale d'une plaquette représentant une tête de cerf, sac tyrolien, jumelles prismatiques Zeiss, appareil photographique Zeiss Ikon, peut avoir un chapeau tyrolien vert vif à larges bords, porteur d'une carte d'identité délivrée à Digne, pourrait aussi ne plus avoir d'argent en poche.

Toute communication sera reçue avec reconnaissance par son père M. Prost, rue des Jardins à Digne (Basses-Alpes). Télépone 163 à Digne.

PERVERSITÉ
ET
RÉFORME POUR MALADIE MENTALE

Par M. R. BENON,

Médecin de l'Hôpital Psychiatrique de Nantes

La réforme pour maladie mentale, alors que le sujet réformé jouit de la plénitude de ses facultés mentales, comme Serge de Lenz, ou plus souvent n'est qu'un simple anormal psychique, en fait parfaitement responsable de ses actes dans une société rationnellement organisée et non pas idéalement imaginée, la réforme pour maladie mentale doit faire l'objet de l'attention des Pouvoirs publics : le nombre des éliminations de l'armée par faux diagnostics névro-psychopathiques et trop élevé. Voyons les erreurs les plus communes à propos d'un cas observé dans le prétoire, et faisons-les suivre d'un bref essai de discussion clinique.

⁂

La série des erreurs. — Ce sont toujours les mêmes diagnostics erronés qui entraînent les mises en congé de l'armée, et, chose curieuse, des mises en congé définitives, malgré le vague des constatations. Il nous paraît utile d'en dresser la liste, encore qu'elle pourrait bien être incomplète : cela contribuera peut-être à déterminer les neuro-psychiatres, devant l'insuffisance fâcheuse de leur terminologie scientifique, à reviser un jour cette terminologie. Voici donc les erreurs relevées le plus communément à l'occasion de la réforme des armées :

1. Débilité mentale ;
2. Dégénérescence mentale ;
3. Asthénie ;
4. Neurasthénie ;
5. Psychasthénie ;
6. Dépression ;
7. Confusion mentale ;
8. Démence précoce ;
9. Schizoïdie ;
10. Hystérie ;
11. Epilepsie larvée ;
12. Folie furieuse ;
13. Alcoolisme.

Cela représente un ensemble incontestablement impressionnant, pourtant très réel. Comment sortir de ce labyrinthe médical spécial ? Le chemin à parcourir pour les jeunes médecins est difficile, et il ne saurait s'accomplir en un jour. Mais aussi on comprend que des médecins plus âgés, habitués à certaines disciplines, qui abordent sur le tard la psychiatrie, cherchent activement, bien que vainement, dans l'organicisme des signes qui atténueraient leur embarras. Quelques-uns d'entre eux quand ils arrivent au terme de leur existence, après de dures épreuves, s'aperçoivent de l'intérêt des états fonctionnels ou dynamiques : l'exemple de Charcot est démonstratif à cet égard.

Essai de discussion clinique. — La confusion, le désordre de la terminologie en médecine mentale sont si fortement accusés qu'il faut plusieurs années pour un débutant afin de se mettre au courant des mots journellement employés. On voit même des spécialistes qui pendant longtemps, très longtemps, ignorent le sens de ces mots. Un dictionnaire de psychiatrie sera un jour nécessaire.

Débilité mentale. — L'abus de l'expression débilité mentale est peu croyable. Il y a tant de formes et de nuances de l'esprit humain, il faut si rarement juger les hommes sans délai et d'après ses propres connaissances, que pratiquement, en matière de neuro-psychiatrie médico-légale, il importe de considérer comme non débile intellectuellement tout individu capable d'exercer un métier quelconque. Hors de là il n'y a que fantaisie ou erreur. Un élève nous citait dernièrement le cas d'un étudiant en médecine, aujourd'hui reçu docteur et installé, qui a été réformé pour débilité mentale : nous ne voulons pas y croire, bien qu'on nous ait donné des noms de personnes et de lieux. Mais qu'un tel bruit circule dans le monde des étudiants, n'est-ce pas symptomatique de l'état actuel de la médecine mentale ? N'est-ce pas un signe fâcheux pour les neuro-psychiatres ? — *Dégénérescence mentale.* Très employé autrefois dans l'armée, le mot dégénérescence mentale est à peu près abandonné aujourd'hui, mais on lui substitue parfois déséquilibration psychique. Si nous sommes bien informé, il ne figure plus dans les statistiques et guide-barêmes militaires. C'est juste. La dégénérescence mentale n'est pas une maladie, mais un ensemble d'anomalies qui ne doivent que bien exceptionnellement, par exemple quand il n'y a pas perversité, entraîner la réforme ou l'irresponsabilité. — *Asthénie nerveuse générale.* Nous ne regrettons pas de voir le mot asthénie sous la plume du praticien. Mais il y a des abus inquiétants. Il n'existe que deux maladies asthéniques : l'asthénie chronique séquelle fonctionnelle et l'asthénie périodique. Elles doivent seules entraîner la réforme définitive. Un syndrome asthénique mal déterminé ne doit motiver que la convalescence ou la réforme temporaire. — *Neurasthénie.* La fortune du mot neurasthénie aura été singulière. Quelques médecins paraissent classer sous ce vocable des états où prédominent l'asthénie nerveuse musculaire. D'autres, très peu versés dans la connaissance des maladies nerveuses et mentales, le confondent avec la mélancolie et l'hypocondrie. Autant qu'on en peut juger la neurasthénie de Beard, c'est l'asthénie après surmenage, chronique ou prolongée. Les spécialistes ont eu le tort d'incorporer à la neurasthénie les obsessions-phobies. — *Psychasthénie.* Les auteurs qui font de la neurasthénie un état d'asthénie musculaire voient dans la psychasthénie un état d'asthénie psychique. Janet qui a créé ce mot l'appliquait spécialement aux obsédés-phobiques. Or l'asthénie, chez l'obsédé-phobique, est tout-à-fait accessoire. Le mot psychasthénie, en neuro-psychiatrie, n'a pas été une création heureuse, si plaisant qu'il soit. — *Confu-*

sion mentale. Il faudrait s'entendre aussi sur le mot confusion mentale. Veut-il dire confusion dans les perceptions ou confusion dans les idées ? Nous adoptons la première conception, et pour nous la confusion dans les souvenirs et idées est l'anidéation ou asthénie psychique. Qui sortira la psychiatrie de ces ornières ? — *Dépression.* Que d'ignorances cache encore cette expression ! Pour Kraëpelin et pour un très grand nombre de Français, le mot dépression est synonyme d'état mélancolique. La dépression ne saurait être autre chose que l'asthénie et l'asthénie jamais ne saurait être confondue avec la mélancolie. L'asthénie constatée chez le mélancolique est toujours un état secondaire à la douleur morale. — *Démence précoce.* Voilà un diagnostic devenu commun dans l'armée, et combien de fois erroné ! Dès que l'on constate du mutisme, une vague indifférence affective, quelques stéréotypies, etc., le mot schizophrénie est prononcé. Tout soldat qui ne parle plus, qui ne bouge plus, qui se renferme en lui-même, qui ne formule plus aucun désir, etc., est classé dément précoce. Il lui suffit pour être réformé de persister dans cet état. La guerre de 1914-1918 nous a personnellement beaucoup appris sur ce sujet. — *Schizoïdie.* La schizoïdie est-elle un état intellectuel ou un état émotionnel : état intellectuel par tendance à la rêverie, à la méditation ; état émotionnel par caractère endotérique ? On répondra que c'est un « complexe ». Pour nous c'est un état dysthymique par énervement contenu. La schizoïdie, simple anomalie, incline au diagnostic de schizophrénie, et le jeune soldat est encore mis en congé définitif. Si le sujet présente des alternatives d'excitation et de dépression, on conclut à la cycloïdie et on réforme toujours. Or ces alternatives d'excitation et de dépression sont de simples anomalies et font nécessairement évoquer la dégénérescence mentale de Magnan ou déséquilibration psychique. — *Hystérie.* On ne doit plus guère réformer, dans l'armée, pour hystérie, je veux dire pour crises nerveuses hystériques. Il est de mode que, hystérie et simulation ne font qu'un. On présente alors le sujet comme affecté de débilité mentale, de déséquilibration psychique, d'hyperémotivité ou plutôt de « constitution émotive ». Des crises hystériques à base d'énervement, bien caractérisées, non simulées, doivent pourtant motiver la réforme temporaire ou la mise en congé de convalescence sans solde. — *Epilepsie larvée.* C'est un diagnostic qui paraît n'être porté que très exceptionnellement chez les militaires. Et cela se conçoit. Il est plus commun dans les expertises civiles, et maintes fois complètement erroné. L'épilepsie larvée existe, mais elle est si rare, son diagnostic si difficile à établir, qu'il ne faut jamais réformer définitivement les sujets qui paraissent devoir être ainsi classés. — *Folie furieuse.* Les crises de colère, avec injures, grossièretés, bris d'objets, violences diverses sur les choses ou les personnes, ne doivent jamais être confondues avec l'aliénation mentale, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas un appoint alcoolique. Dès que la crise d'excitation est terminée, on voit bien que la folie est inexistante. — *Alcoolisme.* Ce diagnostic, étiologique simplement, est à rejeter systématiquement en matière de neuro-psychiatrie militaire ou civile. Il faut avant tout préciser l'état mental et dire s'il y a anomalie ou maladie. — Faut-il faire remarquer que dans tous ces cas de diagnostic erronés, il n'est jamais question de *simulation.* Le médecin conclut à la maladie névro-psychopathique et l'individu est réformé d'emblée. Le sujet n'a donc nullement besoin d'imaginer des troubles quelconques pour tromper l'observateur ; son attitude, ses gestes habituels suffisent pour des conclusions définitives. Certains militaires nous ont exprimé leur étonnement d'avoir été ainsi réformés ; leur joie était toujours manifeste. Notons encore que, généralement, ils n'ont pas de complices pour ces fins du reste imprévues, ou très exceptionnellement.

Le cas actuel. — Le cas que nous venons d'observer concerne un inculpé qui s'est livré à des violences et coups sur son père. Ce n'est pas encore un récidiviste des tribunaux (première inculpation), mais c'est un récidiviste des réactions plus ou moins dangereuses dans la famille. A l'examen psycho-clinique, direct et indirect, on note chez lui non pas des troubles nerveux ou mentaux, mais un ensemble de signes qui déterminent à le ranger dans la classe des sujets pervers : paresse, mensonge, alcoolisme, débauche, orgueil, colère, etc. Il présente par intervalles des alternatives d'excitation et de dépression, d'origine émotionnelle, mais celles-ci ne relèvent point d'une névro-psychopathie caractérisée. On ne saurait nier que cet individu est porteur d'anomalies psychiques, toutefois il n'est pas un malade. Or il a été réformé pour débilité mentale (bien qu'il ait été nommé brigadier) et aussi pour « syndrome dépressif ». On dit qu'il sera repris rapidement en cas de mobilisation des armées. D'abord il ne sera pas appelé de suite : il jouira donc de la liberté pendant un certain nombre de semaines. Ensuite, étant donné la nature du motif de sa réforme, il se peut qu'il soit maintenu réformé. Ne vaut-il pas mieux être fixé sur de tels sujets avant la mobilisation qu'au moment de cette mobilisation ? On a tous loisirs à ce jour pour constituer son dossier. L'aura-t-on à la mobilisation ? Il est aisé de résoudre par la réforme un cas complexe ; les temps modernes exigent plus d'ordre et de méthode, si ennuyeux que soient ces concepts. — Nous rapportons ci-dessous l'observation de ce militaire.

* * *

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Homme, 25 ans, inculpé de coups à son père (mai 1937). Ex-soldat réformé pour dépression et débilité mentale (mars 1934). Paresse, alcoolisme, débauche, colère, orgueil. Récidiviste de violences dans la famille. Responsabilité entière pratiquement.*

Le nommé A..., Félix, âgé de 25 ans, né à X..., le 2 mai 1912, boulanger, demeurant à X..., est inculpé de coups. Le samedi 29 mai 1937, il aurait porté des *coups à son père,* dans les circonstances suivantes. Etant chez ses parents et se trouvant en instance de divorce, il a reçu la visite de sa belle-mère, de sa belle-sœur qui lui amenaient sa fille ; cette enfant est âgée de dix-huit mois environ et il ne l'avait pas vue, a-t-il dit, depuis sept mois. Il n'avait pas manifesté le désir de la voir. Il a été pris de colère au cours de la visite, et de la conversation qui s'est engagée. (Sa femme, a expliqué sa belle-mère, n'était pas venue parce qu'elle était fatiguée.) On a dit que, dans sa crise de colère, il criait, hurlait, et enfin qu'il avait

menacé de tuer son enfant. Il le nie. Son père est intervenu et il l'a bousculé ou frappé (il ne se souvient pas exactement). Plainte a été déposée par son père, le 5 juin 1937, près de M. le Procureur de la République et près de M. le Préfet, et aussi par sa belle-mère près de M. le Procureur de la République le 19 juin 1937.

ANTÉCÉDENTS. — Les renseignements qui suivent ont été fournis par l'inculpé ou puisés au dossier communiqué. — Son père, âgé de 52 ans, serait manœuvre dans une entreprise. Sa mère serait décédée à 48 ans par tuberculose intestinale ; on dit qu'elle était neurasthénique : elle a mis six enfants au monde qui seraient tous vivants. Sa sœur aînée, Jeanne, ex-religieuse, employée titulaire à la Conservation des Hypothèques, serait affectée de neurasthénie et de crises nerveuses. Un frère (28 ans) est sous-officier dans l'armée. Une sœur (19 ans) serait mariée avec un lieutenant persan et se trouverait actuellement à Iran avec lui. La plus jeune de ses sœurs travaille comme copiste. Son jeune frère, âgé de 13 ans, serait de nature chétive. Pas d'aliénés dans la famille. — L'inculpé, élevé par ses parents, a fait plusieurs maladies en bas âge : coqueluche, rougeole, oreillons. A l'école, il n'a pas obtenu son certificat d'études primaires. Apprenti-boulanger à l'âge de 13 ans, il aurait eu des épistaxis, de la faiblesse. Sans travail par intervalles, il a dû s'occuper comme mnœuvre. Il a subi ni accident ni blessure grave. D'après la famille il était doué d'un caractère difficile et se montrait souvent songeur. Un témoin, qui l'a vu naître, dit qu'il était peu intelligent. — Sa sœur Jeanne dans une lettre en date du 21 janvier 1937, dit que deux médecins spécialistes affirment que le cas de son frère est grave, que c'est un malade et un irresponsable.

ENGAGEMENT MILITAIRE ET SUITES. — Engagé volontaire pour trois ans, le 20 mai 1932, il est arrivé au corps (ne régiment de spahis), le 5 juin 1932. Il était nommé brigadier le 16 novembre suivant (brigadier du bureau du trésorier). Hospitalisé à l'hôpital militaire, à Fez, du 3 juillet 1933 au 3 août 1933, puis à l'hôpital militaire de Casablanca, il était bientôt rapatrié sanitaire et affecté le 15 août 1933 au ne régiment de hussards. Dirigé sur un hôpital militaire d'une région du Sud, en janvier 1934 (date exacte non précisée), il était proposé pour la réforme définitive, n° 2, le 30 mars 1934, proposition ratifiée par décision du Ministre de la Guerre, le 31 juillet 1934. Le motif de la réforme a été : Syndrome dépressif. Débilité mentale. — Il s'est marié le 26 décembre 1935 ; sa femme était enceinte ; il est père d'une fille née en avril 1936. Il serait en instance de divorce depuis octobre de cette même année 1936. Il aurait eu plusieurs crises d'excitation nerveuse avec violences exercées sur son entourage, l'une quelques jours avant son mariage, l'autre le 10 octobre 1936, au moment où il s'est séparé de sa femme, la dernière le 29 mai 1937 (faits de l'inculpation). Il n'aurait contracté ni syphilis ni blennorrhagie. On dit qu'il commet des excès de boisson : il le nie ou n'avoue que partiellement. Il n'a jamais eu de condamnation. — Il aurait été hospitalisé trois fois récemment : 1° à la fin de novembre 1936 ; 2° du 3 décembre 1936 au 8 mars 1937 ; 3° du 29 mai 1937 au 15 juin 1937. De nombreux médecins l'ont examiné, les Drs Gu..., F..., Gi..., C..., Ber..., et d'autres peut-être. Un seul certificat médical figure au dossier, ainsi rédigé : syndrome mental dépressif (psychasthénie). — Signalons une note résumée de M. le Commissaire de police du 7e arrondissement, en date du 13 juillet 1937 : « Le père ne porte pas plainte contre son fils. Il

signale seulement le danger que constitue ce dernier pour sa famille et il voudrait le faire interner. Or le fils a déjà été, au début de cette année, placé en observation pendant trois mois (service de neurologie). Au terme de ce laps de temps, le médecin qui l'a traité, l'a laissé sortir. Le 29 mai 1937, il a été hospitalisé de nouveau et observé pendant une quinzaine de jours. Il a été relaché le 12 (ou le 15) juin suivant. Ces deux mises en observation suivies de deux mises en liberté constituent la preuve de la non-aliénation du sujet. Les médecins interrogés sur A... par M. le Procureur de la République, se sont retranchés derrière le secret professionnel, mais, s'ils ne peuvent publier ainsi le résultat de leurs examens, on peut interpréter leur conclusion identique (sortie du malade) comme l'affirmation de la non-démence du sujet ».

Examen spécial. — L'inculpé, convoqué à deux reprises pour examen mental, ne s'est pas présenté, parce qu'il travaillait, a-t-il dit. La troisième fois, il a demandé un rendez-vous spécial, que nous lui avons accordé. — Correct devant l'observateur, à l'aise, un peu obséquieux à son entrée, il parle volontiers et donne tous renseignements nécessaires sur ses antécédents héréditaires et sur son curriculum vitae. La mémoire de conservation, comme la mémoire d'évocation est bonne ; la mémoire de localisation, non pas dans l'espace, mais dans le temps, est parfois hésitante ; c'est là toutefois un phénomène d'observation courante que le rappel des dates est toujours assez difficultueux. Il est bien attentif aux questions qui lui sont posées. Ses facultés de jugement et de raisonnement n'apparaissent point comme diminuées. — Il n'exprime pas d'idées délirantes. Il a eu des ennuis, des contrariétés avec sa femme, sa belle-famille, et aussi avec ses parents, avec une de ses sœurs, mais parce qu'on veut le faire interner dans un asile d'aliénés. Il ne se dit pas persécuté par eux. Il n'a aucune conceptions vésaniques d'auto-accusation, d'hypocondrie, de grandeur, de religion, de politique, etc. Tous les délires du reste, ou à peu près, chez l'adolescent comme chez l'adulte, sont basés sur des illusions, des hallucinations : or l'inculpé ne signale à l'observateur ni troubles psycho-sensoriels, ni paragnosies. — Il n'est pas en proie à l'excitation, ni à la dépression. Il parle avec facilité, mais sans manifester ni hypermyosthénie, ni hyperidéation, ni euphorie. Il n'est pas asthénique : il se sent vigoureux, il ne se plaint pas d'amnésie, de céphalée, d'insomnie, etc. — Il avoue très difficilement faire des excès de boisson : en tout cas font défaut chez lui toutes traces de délire toxique, d'onirisme, de confusion mentale. Il n'accuse ni obsessions-phobies, ni épilepsie, ni équivalents épileptiques. Il a eu des crises nerveuses par hyperémotivité ; elles seront étudiées spécialement à l'examen psychique rétrospectif. — Au point de vue somatique ou physique, l'inculpé est d'une constitution robuste ; sa démarche est souple, et son état général fort satisfaisant. La motilité, la sensibilité, la réflectivité sont normales. Le cœur, les poumons, le foie, l'estomac, les intestins, les reins, apparaissent comme normaux. Les pupilles sont égales et actives. Les orifices naturels ne portent pas de lésions spécifiques.

Au temps de l'action, quel était l'état mental de l'inculpé ? Aucun renseignement, aucune déclaration du sujet ne permettent de supposer qu'il a présenté du délire, des hallucinations, de la confusion dans les perceptions, de l'excitation de forme maniaque, etc. Voici, en outre, ses explications, d'une part, au sujet des faits qui lui sont reprochés, d'autre part sur les crises signalées par l'entourage.

D. Comment vous êtes-vous livré à des voies de fait sur votre père ? — R. D'abord ce n'est pas moi qui l'ai frappé, c'est lui. Je l'ai peut-être bousculé, non pas frappé... J'étais chez mes parents. On m'amenait ma petite fille et il y avait sept ou huit mois que je ne l'avais pas vue. Ils m'ont dit des paroles vexantes, ma belle-mère, ma belle-sœur, mon père. Et ma femme n'était pas venue. Pourquoi ? Soi-disant parce qu'elle est souffrante. Je me suis emballé. J'ai crié fort. On m'a conduit à l'hôpital. On dit que c'est de la folie. Je ne suis pas fou... Je ne suis pas tombé par terre dans la crise.

D. Avant votre mariage, qui a eu lieu le 26 décembre 1935, vous aviez déjà eu une crise d'excitation nerveuse ? — R. Oui, j'ai fait une colère, à ce moment-là, parce que ma femme m'a imposé, au mariage, comme premier garçon d'honneur, un jeune homme avec lequel elle s'est amusée. Elle n'a pas eu de relations avec lui, mais elle a fait certaines choses.

D. Il est question d'une autre colère que vous auriez faite, au moment de la séparation, le 10 octobre 1936 ? — R. Ce jour-là je me suis mis en colère parce que ma femme emportait tout de la maison, argent, affaires. Elle ne me laissait rien et j'avais le gaz, l'électricité à payer.

D. Au régiment après avoir été nommé brigadier, le 16 novembre 1932, ou bien après avoir été hospitalisé à Fez, le 3 juillet 1933, avez-vous eu des crises de cette nature ? — R. Non, j'étais malade, j'avais maigri, j'étais comme affaibli et je ne parlais pas... Je sais que j'ai été réformé pour syndrome dépressif, débilité mentale.

***

La création de médecins militaires spécialisés dans les maladies mentales est un progrès réel, considérable pour l'avenir de la neuro-psychiatrie. Nous estimons que ces spécialistes, leurs études terminées en la matière, devraient faire un stage d'une année dans un asile d'aliénés : il ne suffit pas de voir, un jour, dans une clinique, un cas quelconque de psycho-névropathie, il faut le suivre, ce cas, le voir évoluer. A l'asile, le médecin militaire qui a le goût de l'étude des maladies mentales et nerveuses, trouverait un champ très vaste de travail quotidien et direct. Il serait compétent pour les erreurs possibles des tiers, mais c'est l'erreur personnelle qui nous enseigne le mieux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vitamines des aliments. Teneur des aliments usuels en vitamines à la lumière des travaux récents. A l'usage des médecins praticiens et des diététiciens, par Maurice Uzan, Maître des Conférences à l'Ecole pratique des Hautes études. Préface de P. Lassablière, Directeur de l'Ecole pratique des Hautes Etudes. 1938, 1 volume in-8 (15 × 22) de 72 pages, 18 fr. J.-B. Baillière et fils, éd., Paris.

Le rôle important des vitamines dans la diététique moderne n'est plus à démontrer et de nombreux travaux existent sur ce sujet, ils forment une documentation très complète. Cependant aucun livre n'existait encore donnant au praticien les éléments pratiques et essentiels dont il a besoin pour la prescription journalière.

Le Dr Uzan a donc rendu un réel service au corps médical en écrivant ce livre, fruit d'une étude laborieuse menée à bien malgré les difficultés causées justement par la diversité des documents parmi lesquels il lui a fallu puiser.

LE COBALT DANS LA NATURE

Par M. JEAN-MARIE LE GOFF

Historique. — Le cobalt est un métal blanc, sa teinte est intermédiaire entre celles de l'argent et de l'acier. Après polissage, il présente un reflet bleuté. Tout ce qui concerne son histoire ancienne paraît fort légendaire; le mot cobalt lui-même existe dans les alchimistes grecs et désigne le métal ainsi que son minerai. Selon Berthelot, qui a compulsé le **Lexicon Alchemiœ Rulandi,** imprimé à Francfort, en 1641, il aurait une étymologie gréco-égyptienne. H. Davy a constaté l'existence du cobalt dans plusieurs verres bleus romains Les Egyptiens savaient fabriquer des perles, des pierres et des verres bleus artificiellement colorés par le cobalt, 1300 ans avant J.-C. On a trouvé également des verres assyriens et babyloniens colorés de cette façon. Les vitraux de nos cathédrales du 12e et du 13e siècle, ont des bleus d'une pureté qui n'a jamais été dépassée. A la Renaissance, le smalt, verre cobaltifère employé pour la coloration des vitraux, des émaux et de la porcelaine fut l'objet d'un commerce très important; des moulins broyeurs de ce verre furent établis en Saxe et en Bohême. L'électeur Jean I défendit l'exportation de cette poudre et, supprimant ces usines exploitées par des Anglais, fonda lui-même, en 1570, la célèbre fabrique de couleurs bleues, qui existe encore à Schneeberg.

Vers 1740, Brandt parvint à extraire du minerai un métal impur. Jusqu'au milieu du 19e siècle les gisements d'Allemagne étaient seuls exploités. A la suite de la découverte, en 1855, des mines de la Nouvelle-Calédonie, les usines allemandes perdirent rapidement leur importance : au début du 20e siècle la Nouvelle-Calédonie fournissait 80 à 90 o/o de la production mondiale.

En 1903, l'exploitation du gisement canadien trouvé dans l'état d'Ontario, district de Cobalt, paralysa le développement des mines calédoniennes dont la production devint insignifiante. Le minerai canadien doit son importance à la forte proportion d'argent qu'il renferme.

Depuis 1925, il est lui-même concurrencé par le gisement du Katanga, qui est à l'heure actuelle le plus important du monde. J'ajouterai, qu'en France, on a exploité autrefois des gisements de cobalt.

Etat naturel. — Le cobalt accompagne presque toujours le nickel, il se rencontre en très petite quantité à l'état natif dans les fers météoriques; ses minerais sont disséminés sur toute la surface du globe, ce sont les arséniens (smaltite) presque toujours associés aux arséniures de nickel, les sulfures (linnéite) qui renferment du nickel et du fer, les oxydes (absolane), les arséniosulfures, les sulfates, les arséniates, les carbonates et les molybdates.

Le cobalt est un métal de profondeur ramené à la surface du globe par l'éruption des roches ferrugineuses et magnésiennes ou par remplissage des fissures de l'écorce terrestre. Comme beaucoup d'éléments, il s'est diffusé dans des substances qui lui étaient primitivement étrangères. C'est ainsi qu'on a signalé sa présence dans des échantillons de fer commercial, dans le grès supérieur du sol de Paris, 1 o/o, dans les sables des environs de Bruxelles, dans un kaolin de l'Allier. Les eaux minérales de Neyrac sont cobaltifères. L'analyse spectrale a révélé sa présence dans l'atmosphère solaire. Tout récemment, G. Bertrand, Mokragnatz et Mâchebœuf ont reconnu la présence du cobalt, à l'état de traces, dans la terre arable, dans les tissus des végétaux et les organes des animaux; ils ont été amenés à cette importante conclusion que le cobalt fait partie des 25 éléments, métalloïdes et métaux qui entrent dans la composition normale de la matière vivante.

Cobalt contenu dans les légumes usuels. — G. Bertrand et Mokragnatz ont dosé le cobalt dans un kilogramme de légumes frais et ont obtenu les résultats suivants exprimés en millièmes de milligrammes.

Carottes, racines, n° 2	3,
— feuilles	30,
Oignon, bulbe	20,
Pomme de terre, tubercule	15,
Epinard, feuilles	5,
Laitue, feuilles	1,5
Cresson, tige feuillée	12,
Tomate, fruit	4,
Haricot, jeune gousse entière	5,
Haricot blanc, graine mûre	10,
Lentille, graine	300,
Pois, graine	25,
Sarrasin, graine	300,
Froment, graine	10,
Froment, son	10,
Avoine, son	10,
Maïs, graine	10,
Riz, graine décortiquée et polie	5,
Chanterelle, champignon entier	170,

Le procédé d'analyse des auteurs est le suivant : les échantillons, soigneusement triés, ont été lavés de façon à les débarrasser de la terre et des poussières adhérentes, puis essuyés et pesés. Les cendres ont été préparées au four à moufle par combustion en deux temps : premier temps, carbonisation au-dessous du rouge et lessivage de la masse refroidie à l'eau pure, deuxième temps, calcination du résidu insoluble, au rouge sombre en grande surface. Les cendres laissées par la calcination sont traitées convenablement pour obtenir une solution dans laquelle les auteurs ont d'abord séparé le nickel, qui accompagne le cobalt, à l'état de nickel diméthylglyoxime et dans l'eau-mère, ils ont dosé le cobalt soit par pesée à l'état de cobaltinitrite de potassium, soit par colorimétrie.

Cobalt contenu dans les organes de l'homme et des animaux. — G. Bertrand et M. Mâchebœuf, ayant reconnu que les tissus de l'homme et des animaux contenaient de petites quantités de cobalt, ont dosé ce métal dans différents organes et obtenu les résultats suivants (1) :

Homme :	Foie	250,
	Pancréas	350,
	Rate	470,
	Rein	250,
	Cerveau	40,
	Estomac	30,
	Utérus	80,
	Muscle	25,
	Graisse	< 10,
Taureau :	Foie	200,
	Pancréas	230,
	Testicule	12,
	Cerveau	40,
	Muscle	< 10,
	Rein	60,
	Sang	10,
	Corne	35,
Vache :	Lait	15,
Veau :	Foie	100,
	Thymus	470,
	Rein	140,
	Muscle	10,
Souris :	13 individus, sauf tube digestif	40,

(1) Comptes rendus de l'Académie des Sciences, séance du 27 juin 1925.

Dindon :	Foie	250
	Muscle	25,
	Plumes	750,
Poule :	œuf blanc	< 10,
	— jaune	15,
Pigeon :	Plumes	670,
Merlan :	sauf tube digestif	28,
Eperlan :	sauf tube digestif	50,
Langoustine :	sauf carapaces	2.000,
Moule :	sauf les valves	136,

Ces auteurs ont même trouvé dans les solutions d'insuline employées en thérapeutique de 15 à 30 millièmes de milligramme de cobalt par 100 unités, ils ont montré toute l'importance de ce métal dans le traitement du diabète.

Comme je l'ai dit, le cobalt fait partie des 25 corps simples dont la présence est indispensable à la matière vivante, son absence dans l'alimentation entraîne la maladie. On a décrit récemment une maladie du bétail nourri avec un fourrage qui provenait d'un terrain très pauvre en cobalt.

Le cobalt agent d'oxydation chimique. — L'eau n'attaque pas le cobalt à la température ordinaire, par contre elle est décomposée au rouge avec formation d'oxyde, contrairement à ce qui se passe avec le nickel. Le cobalt pyrophorique possède le pouvoir de s'oxyder à l'air avec incandescence à la température ordinaire. Les oxydes de l'azote sont réduits avec formation d'oxyde de cobalt, l'eau oxygénée est décomposée au contact de ce métal. L'oxyde de cobalt favorise de nombreuses oxydations organiques. Sorti des profondeurs du globe, le cobalt s'est répandu dans tous les milieux et, à l'apparition de la vie, il est venu constituer un des éléments de son substratum minéral.

Dans le monde chimique, il peut être rangé dans le groupe des éléments nobles. Ses composés eux-mêmes sont doués de propriétés bien particulières. Ainsi le peroxyde de cobalt possède une puissance catalytique exceptionnelle : les poisons habituels des catalyseurs, l'hydrogène sulfuré et le cyanure de potassium qui détruisent, si facilement, à leur profit les édifices moléculaires, n'ont aucune action sur son activité catalytique, ils s'effacent devant ce privilégié qui sait imposer sa volonté !

Le cobalt est bivalent ou trivalent. Sous chacun de ces états il fournit un grand nombre de composés; jusqu'à ces derniers temps, ils étaient tous considérés comme très vénéneux. Dans certaines combinaisons ou complexes il peut dissimuler sa présence et éviter l'attaque de ses réactifs habituels. Avec l'ammoniaque ou les amines organiques, il donne naissance aux cobaltiammines qui sont d'une variété et d'une richesse extraordinaires, tous doués de colorations les plus diverses; on en connaît actuellement plus de deux mille. Le nickel, compagnon habituel du cobalt, ne forme aucun complexe semblable.

Dans un prochain article, j'étudierai quelques propriétés physiologiques et thérapeutiques de certains composés du cobalt.

BIBLIOGRAPHIE

A propos d'un argus très utile. — *L'Analyse* va entrer dans sa douzième année. C'est une publication présentée sous forme d'*argus* citant cent quarante-six journaux et revues de langue française. Elle rend service au praticien, au médecin et à l'étudiant préparant des concours, ainsi qu'au spécialiste, en leur apportant chaque mois des analyses et une bibliographie bien faite, classée par spécialités.

Le coût de l'abonnement est minime : France, Belgique et colonies : 25 fr. ; Union postale : 35 fr. ; autres pays : 40 fr.

Un numéro spécimen sera envoyé sur demande adressée au docteur Crouzat, 2, boulevard Henri-IV, Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

PANARIS DU POUCE

Intérêt tout particulier des infections suppuratives de ce doigt pour trois raisons :

1° Leur fréquence ;

2° Le rôle fonctionnel spécial : opposition ;

3° La communication presque constante de la gaine du fléchisseur du pouce avec la séreuse palmaire radiale dont l'atteinte est d'une redoutable gravité.

ETIOLOGIE.

a) Accident du travail ;
Homme plus fréquemment ;
Main droite ;
Toutes plaies ou piqûres septiques.

b) Les germes : avant tout, staphylo, streptocoques, plus rarement anacrobies

Classification. — Anatomique. — Le derme établissant une délimitation essentielle entre :

Les panaris superficiels ou sous-épidermiques ;

Les panaris profonds ou sous-dermiques, dont le type est la cellulite pulpaire.

Savoir que cette distinction est schématique et que des lésions d'ordre différent peuvent se succéder ou même coexister.

PANARIS SUPERFICIELS. — Siègent presque toujours à la deuxième phalange.

1. Panaris Erythémateux :

Simple lymphangite réticulaire, localement douloureuse et qui cède en quelques jours aux pansements humides et chauds alcoolisés.

2. Panaris phlycténoïde ou mal blanc :

Consiste en une petite phlyctène, soulevant l'épiderme et tendue par le pus.

Elle occasionne une douleur lancinante, exagérée par la déclivité, parfois de l'insomnie.

Elle s'accompagne d'une réaction variable dans le territoire lymphatique.

Tous symptômes qui régressent à l'excision de la phlyctène, c'est-à-dire à la mise à plat de la lésion.

Mais il importe de savoir, après évacuation de la phlyctène, rechercher l'orifice d'une communication possible avec l'espace sous-dermique.

Ces « panaris en bouton de chemise » sont très fréquents.

A cette variété phlycténoïde, se rattachent :

3. Le Panaris périunguéal ou tourniole :

Phlyctène purulente qui circonscrit la base de l'ongle, guérit simplement par excision, à moins d'être associée à un petit foyer sous-unguéal qui, non traité, risquerait d'entretenir la suppuration.

4. Le Panaris sous-unguéal :

Se traduit par une vive douleur exagérée par la pression sur l'ongle. Une petite collection sous-jacente est parfois visible par transparence.

Sous-anesthésie régionale, il faut ici supprimer la portion ou la totalité de l'ongle décollé par le pus, on découvre parfois un petit séquestre unguéal.

5. Citons pour terminer, le Panaris anthracoïde, variété accessoire en réalité furoncle, de la face dorsale de la première phalange.

PANARIS PROFONDS. — Ou sous-dermiques, ou cellulite sous-dermique type : *Cellulite de la pulpe du pouce.*

Début. — A la suite d'une inoculation septique, directe, transdermique.



Le pouce est légèrement tuméfié. Une légère lymphangite entoure le point d'inoculation.

La pulpe est tendue, douloureuse en une zone limitée, décelable à la pointe du stylet.

A cette phase précoce, une incision minime, au point électivement douloureux, peut amener une guérison rapide.

Etat. — Plus souvent l'infection gagne la presque totalité de la pulpe. Le gonflement est assez considérable. Il s'étend à la face dorsale du doigt sous forme d'un œdème rosé et mou. Le maximum des symptômes est toujours à la pulpe qui est douloureuse et tendue. Léger état subfébrile. Insomnie.

Traitement. — Sous anesthésie régionale, si la lymphangite n'atteint pas la base du doigt — ou sous-anesthésie générale, il faut inciser. Le seul drainage correct est réalisé par une incision en arceau ou en demi-arceau, pratiquée près de l'ongle. Le rabattement du lambeau mobile palmaire, expose les lésions et permet la vérification de la phalangette. Cette incision suivie de méchage temporaire, accompagnée d'une vaccinothérapie générale donne les meilleurs résultats.

Ne pas faire une incision trop antérieure qui reporterait sur la pulpe une cicatrice parfois gênante.

Eviter les incisions trop profondes ou prolongées trop bas susceptibles d'inoculer des territoires sains.

Savoir inciser au moment opportun et surveiller de près l'évolution.

PANARIS GRAVES :

I. Signaler pour mémoire l'exceptionnel *panaris gangréneux* des débilités, des diabétiques surtout, qui rapidement entraîne le sphacèle total du doigt, nécessitant un traitement d'urgence non conservateur.

II. Les Panaris graves sont essentiellement sous la dépendance de la *propagation de l'infection*,

soit au-delà du doigt,

soit au plan ostéo-articulaire.

A. Au delà du doigt. — En dehors de la possibilité d'une dissémination par voie sanguine, et d'une localisation à distance (phlegmon pérénéphrétique... Adéno-phlegmon). Nous envisagerons surtout ici l'extension à la main.

Elle se fait : *par voie cellulaire* ou lymphatique déterminant un phlegmon de la logethénarienne.

Par voie synoviale. Phlegmon de la gaine digito-palmaire radiale. On sait que le cul de sac inférieur de la gaine ne dépasse pas l'interligne interphalangien. L'envahissement de la gaine peut donc succéder à une cellulite de la première phalange.

En fait, il s'agit plus souvent d'un panaris de la pulpe propagé au delà de l'interligne interphalangien.

1° *Phlegmon de la loge Thénarienne.* Gonflement de toute la région Thénarienne, tant du côté palmaire que dorsal, mais ce gonflement s'arrête net au pli d'opposition du pouce, et le reste de la paume est plat, souple et indolore. La palpation révèle une douleur intense à la pression de l'Eminence Thénar, surtout violente au niveau de la commissure rouge et bombée le pouce étant maintenu écarté par la distension.

Incision palmaire en pleine collection.

Contre-incision dorsale et drain transfixiant.

L'évolution est rapide si l'infection est exclusivement celluleuse. Elle est plus lente et plus grave, si la cellulite est symptomatique d'une teno-synovite cloisonnée.

2° *Phlegmon de la gaine digito-palmaire radiale.* — Après un panaris sérieux, sédation incomplète des signes généraux, fonctionnels et locaux après l'incision de drainage digitale.

Gonflement progressif de l'Eminence Thénar avec œdème dorsal. Douleur traçante le long du trajet de la gaine, douleur au niveau du cul de sac supérieur de la gaine, douleur à tout essai d'extension du doigt.

Réintervenir : Incision palmaire, et incision antibrachiale. Constater que le tendon est à nu, en plein pus, et en voie de nécrose. L'extirper.

Nous n'avons rappelé sommairement les symptômes initiaux des propagations celluleuses ou synoviales à la main, que pour montrer avec quel soin particulier, il faut :

Au cours des pansements quotidiens qui suivent l'incision primitive rechercher systématiquement les signes d'une propagation ascendante, surveiller le drainage, tenir compte des signes fonctionnels de la fièvre, continuer la vaccinothérapie locale et générale.

Il faut aussi savoir reconnaître une propagation synoviale d'une infection purement celluleuse et pratiquer au moment opportun les contre-incisions nécessaires.

Savoir que toute intervention sera faite sous anesthésie générale, en milieu exsangue, ni trop délabrante, ni trop économique, respectant les nerfs, toutes manœuvres qui nécessitent une connaissance exacte de l'anatomie digito-palmaire, et des loges ou voies de communication où le pus fuse et se collecte.

B. Au plan ostéo-articulaire. — *Le panaris osseux* est dans l'immense majorité des cas la résultante d'une suppuration celluleuse propagée à l'os. Bien souvent l'extension se fait à la fois vers le plan squelettique et la synoviale. La synovite suppurée elle-même peut être directement en cause dans l'atteinte ostéo-articulaire (arthrite métacarpo-phalangienne). L'atteinte osseuse est le plus souvent tardive et se constitue à bas bruit sans qu'aucune manifestation particulière fonctionnelle, ni générale ne la signale.

Cliniquement, la suppuration s'éternise, après l'incision primitive.

Le pus prend un aspect épais, verdâtre.

La plaie revêt un aspect fistuleux.

Le stylet conduit sur l'os dénudé et friable, parfois il découvre un petit séquestre mobile.

La radiographie établit l'importance de la lésion osseuse.

L'atteinte ostéo-articulaire, surtout lésion de l'interligne interphalangien, se traduit par des craquements, des mouvements anormaux de latéralité.

Le traitement doit chercher à ne pas être excessif :

Ablation d'un séquestre,

Résection de la phalangette.

Une désarticulation, surtout métacarpo-phalangienne est souvent dangereuse, propageant l'infection vers le plan métacarpien, et même plus haut.

Signalons l'attente osseuse primitive possible, mais rare, *ostéomyélite primitive* de la phalange.

Nous n'avons pas décrit comme étiologie possible :

— Les piqûres anatomiques où n'existe aucune lésion infectieuse locale.

— Les piqûres toxiques (crayon d'aniline), où les lésions sont bien spéciales, sphacéliques.

Les panaris sont exclusivement les infections suppuratives des doigts et l'atteinte du pouce est, on l'a vu, parmi les plus redoutables, tant à cause des complications générales et locales (microbisme latent) mêmes lointaines communes à tous les panaris, qu'en raison des séquelles fonctionnelles dont ils sont l'origine et qui peuvent nécessiter des interventions orthopédiques de restauration, quand la fonction est compromise.

JACQUES REIGNIER.

Le directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.

N° 6. — SAMEDI 21 JANVIER 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.

Paralysie faciale au cours d'une fièvre ondulante observée en Normandie, par MM. J. COLOMBE et J. CORCHON.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine. — Société de thérapeutique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

De la cuti-réaction, par M. A. HERPIN.

CHRONIQUE.

La leçon inaugurale du Professeur Chevassu à l'hôpital Cochin, par F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Montpellier. — *Le concours de l'internat* s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Fabre, Souchon, Nguyen Duc, Bosc, Rodier, Patounas.

Externes en premier : MM. Pariselle, Coste, Cazal, Lescure.

Classés en vue de remplacements éventuels : MM. Romieu, Michel, Simon, Laporte, Méténier, Blanchard, Durand, Costecalde.

Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Guerrier, Boyer, Laval, Vallat, Ponsoye, Viallat, Mlle Portes, MM. Bringer, Boissier, Crassous, Pineau, Daudé, Bertrand, Graafland, Bluche, Biscaye.

Externes provisoires : MM. Verdier, Rosso, Brunel, Perrier, Fabre de Morlhon, Descous, Cavaillé, Allos, Veyrier, Salager, Guillaud, Mlle Nougaret.

Médaille d'honneur des épidémies. — *Médaille de vermeil :* MM. Auguste Pettit (de l'Institut Pasteur), Delorme (Maroc), Henry (Maroc).

Médaille d'argent : Mlle Gayraud (médecin des hôpitaux de Nice). MM. Raybaud Antoine (Marseille), Colas-Pelletier (Paris), Wohlhueler (Strasbourg), Estragnat (Lyon), Rochaix (Lyon), Bohin, Le Mithouard, Ritter, Loubet et Delart (Maroc), Vidal et Mme Anderson (Tunis), Fan-Ping-Tche et Ngo-Van-Phi (Yunnanfou).

Médaille de bronze : MM. Battesti (Marseille), Laffaille (Bayonne), Moindrot (Lyon), Mlle Flotard (Lyon), Mlle Mirabail (Paris) ; MM. Schapira (Paris), Charreire (Paris), Senlecq (L'Isle-Adam), Tavernier (Méry-sur-Oise).

Académie de Chirurgie. — La séance annuelle aura lieu le mercredi 25 janvier à 16 heures, au siège de l'Académie, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : Discours de M. Maurice Chevassu, président. Proclamation des prix. Compte rendu des travaux, par M. Louis Houdard, secrétaire annuel.

Eloge de M. Ch. WALTER, par M. Louis Bazy, secrétaire général.

Société de l'Assistance médicale. — La Société des Médecins de l'Assistance médicale a tenu sa dernière séance dans les locaux de l'Assistance publique, avenue Victoria, et a procédé au renouvellement de son bureau pour 1939 :

Présidente : Mme Lamy-Ogliastri ;
Vice-présidents : MM. Morin et Couturier ;
Secrétaire général : M. Guérin ;
Secrétaire adjoint : M. Gerson ;
Trésorier : M. Brussin ;
Secrétaires des séances : MM. Raphel et Laplanche.

Association Francaise pour l'Etude du Cancer. — La réunion de l'Association française pour l'Étude du Cancer aura lieu le lundi 23 janvier au laboratoire d'Anatomie pathologique, 21, rue de l'École-de-Médecine.

Société de Médecine de Paris. — Le docteur Bécart, secrétaire général, informe que les séances de la Société de Méde-

cine de Paris auront lieu aux dates suivantes, en 1939, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, à 17 heures (grand amphithéâtre) :

Vendredi 13 janvier ; samedi 28 janvier ; vendredi 10 février ; samedi 25 février ; vendredi 10 mars ; samedi 25 mars ; vendredi 14 avril ; samedi 29 avril ; vendredi 12 mai ; samedi 26 mai ; vendredi 9 juin ; samedi 24 juin ; juillet, août, septembre, pas de séances ; vendredi 13 octobre ; samedi 28 octobre ; vendredi 10 novembre ; samedi 25 novembre ; vendredi 8 décembre ; samedi 23 décembre.

Des questions très importantes, intéressant tous les médecins, seront traitées au cours des séances auxquelles tous les confrères sont cordialement invités.

Conférence. — Le docteur Thierry de Martel fera une conférence sur « Le Chirurgien... et les Autres » à « Rive gauche », le mardi 24 janvier à 21 h. 15 (Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique).

Médaille du professeur Froehlich. — Un comité vient de se constituer à Nancy, sous la présidence de M. le doyen Spillmann, pour offrir une médaille à M. le professeur Frœhlich, l'un des grands maîtres de l'orthopédie.

Adresser les inscriptions à M. le docteur Corret, 142 *bis*, rue Saint-Dizier, à Nancy. Compte postal : Nancy n° 223-82. Tout souscripteur de 100 francs recevra une réplique de la médaille.

CHRONIQUE

LA LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR CHEVASSU A LA CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES A L'HÔPITAL COCHIN

M. le professeur Chevassu prenait possession lundi dernier de la chaire de clinique des maladies des voies urinaires, qui vient d'être transférée à l'hôpital Cochin.

Dans le grand amphithéâtre se pressait une foule de confrères et d'amis. Voici M. le recteur Roussy, M. le doyen Tiffeneau, M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance Publique. La plupart des professeurs de la Faculté sont présents. L'Académie de Médecine est représentée par M. Sieur, son président ; par MM. Achard, Siredey, Hartmann, Paul Delbet, Ramon. L'Académie Française par M. Duhamel. Je renonce à citer tous les membres de l'Académie de chirurgie venus entendre leur président.

La médecine militaire, à laquelle appartenait le père de Maurice Chevassu, le médecin-inspecteur Chevassu, est représentée par M. Hyacinthe Vincent, membre de l'Académie des Sciences, par le médecin général inspecteur Emily, le glorieux compagnon de Marchand, par le médecin général inspecteur Rouvillois et le médecin général Maisonnet, directeur du S. S. au Ministère de la Guerre. Et puis voilà une nombreuse délégation des urologues belges : MM. de Smeth, de Bruxelles ; Foret, de Liège ; François, d'Anvers. A côté d'eux le professeur Covisa, de Madrid. Enfin les professeurs de province : MM. Jeanbrau, de Montpellier ; Chauvin, de Marseille ; Dubois, de Lille ; Lepoultre, doyen de la Faculté libre de Lille ; Gayet et Cibert, de Lyon ; Miginiac, de Toulouse ; Darget, de Bordeaux.

Parmi les dames qui entourent Mme Chevassu mère, et Mme Maurice Chevassu, voici Mme F. Widal, Mme Roussy. La famille d'Albarran, dont Chevassu fera tout à l'heure un brillant éloge est représentée par ses deux filles, Mmes Gaudin et Kahn-Albarran et par ses deux fils MM. Pierre et Ramon Albarran. Au premier rang se trouvent les dévouées infirmières de la clinique.

Les premiers mots du professeur Chevassu sont pour remercier ses collègues qui l'ont appelé à devenir le successeur de Félix Guyon, d'Albarran, de Legueu, de Marion. Il expose ensuite les motifs d'ordre matériel qui l'ont amené à demander le transfert à Cochin, de la clinique universellement renommée de Necker.

L'orateur retrace alors la brillante histoire de l'hôpital fondé sous Louis XVI par Mme Necker et qui devait porter son nom. Le premier service d'urinaires fut créé par Civiale en 1829, et continué par Désormaux. C'est de la fondation Civiale (plus tard transférée à Lariboisière) que naquit la chaire de Clinique des Maladies des Voies urinaires dont le premier titulaire fut Félix Guyon, maître inoubliable qui donna à la « Terrasse » de Necker une réputation mondiale.

Chevassu trace un excellent portrait de Félix Guyon, venu de la Réunion, et d'Albarran, venu de Cuba, dont la rencontre devait donner à l'urologie l'essor que l'on sait. Après avoir rendu hommage au grand maître et à son élève et successeur si prématurément enlevé, Chevassu dit tout ce que l'urologie doit à Legueu et à Georges Marion. Chemin faisant il salue les noms de Nogués, de Léon Imbert (de Marseille), il dit sa reconnaissance à Octave Pasteau, à Ambard auxquels il doit tant. C'est ensuite la description détaillée de ce beau pavillon Albarran, à l'inauguration duquel nous assistions en 1926 et dont les discours de Pierre Duval et de notre éminent ami le professeur Presno, de Cuba, exposèrent si bien la valeur et l'admirable organisation.

En terminant, M. Chevassu rappelle avec émotion le souvenir de ceux qui furent ses guides : son père le médecin inspecteur Chevassu, son grand-père par alliance Léon Labbé, son beau-père Marcel Lermoyez. Il dit ensuite toute son affection à ses élèves et à son personnel hospitalier.

Une leçon inaugurale n'est pas complète sans un programme d'études. M. Chevassu trace très heureusement celui qu'il réalise déjà. Il laisse entrevoir les perspectives que les biologistes ouvrent à sa spécialité. Sa présence dans l'amphithéâtre qui fut celui de Widal et d'Achard, qui est celui de Marcel Labbé n'est-elle pas le symbole de l'esprit médical qui inspirera son enseignement chirurgical ?

Les applaudissements prolongés de l'auditoire montrèrent à Chevassu qu'il était compris. F. L. S.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Paul Boyer, décédé à Rochegude (Drôme), dans sa 80e année. Il avait fondé en 1904, à Saint-Brieuc, une des premières « Goutte de lait ».

REVUE GENERALE

PARALYSIE FACIALE

au cours d'une fièvre ondulante observée en Normandie

Par MM. J. COLOMBE et J. CORCHON

A mesure que s'en multiplient, en France, les observations, on constate que la fièvre ondulante d'origine bovine ne suit pas toujours une évolution simple et bénigne, mais peut présenter le même polymorphisme séméiologique, la même variété de complications et de formes que la fièvre ondulante du littoral méditerranéen. Si chaque fait nouveau offre à la bactériologie un vif intérêt étiologique, il mérite encore de retenir l'attention quand il apporte une précision à l'épidémiologie ou une particularité clinique à la symptomatologie déjà si riche de la maladie. C'est à ce double titre qu'a été recueilli le cas suivant :

M. T. Ald., âgé de 55 ans, cultivateur à M.-D. (Calvados), présente dans ses antécédents deux grippes avec température élevée en 1932 et 1933.

En janvier 1938, un phlegmon de la main droite nécessite une incision et un repos d'un mois. A cette époque, M. T. soigne lui-même plusieurs de ses vaches atteintes de fièvre aphteuse et d'avortement épizootique.

Vers le 25 mars, il est pris assez brusquement de fièvre avec frissons et malaise général ; cet état fébrile dure environ une semaine, pendant laquelle on constate quelques râles congestifs passagers du sommet pulmonaire droit.

La température n'est pas prise régulièrement ; mais quand nous examinons ensemble le malade, le 14 mai, il a encore 37,5 le matin et 38,7 le soir ; il tousse peu et l'expectoration est minime ; les urines sont troubles. L'examen montre seulement la persistance au sommet droit de quelques râles sous-crépitants fins sans modification appréciable de la sonorité à la percussion. Le cœur est normal ; le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés ; l'examen neurologique est négatif ; les urines contiennent une petite quantité d'albumine.

Quatre jours plus tard, le 18 mai, apparaît brusquement une paralysie faciale gauche de type périphérique : les traits et la bouche sont déviés vers la droite, l'hémiface gauche est immobilisée et figée. Le malade ne peut plisser le front de ce côté ; l'occlusion de l'œil gauche est impossible et on constate le signe de Ch. Bell ; il existe de ce côté du larmoiement. La motilité du globe oculaire est normale, de même que celle de la langue et du voile du palais. Le malade n'accuse aucune douleur de la face, mais signale seulement des troubles marqués du goût. L'examen de l'oreille ne révèle aucune anomalie et l'acuité auditive est normale. On ne constate pas de trouble viscéral ; les râles sous-crépitants du sommet droit ont disparu. La tension artérielle est de 15-6 au Pachon. Les réflexes tendineux sont tous normaux, le rotulien droit un peu vif ; il n'existe pas de signe de Babinski. Les urines contiennent des traces minimes d'albumine, mais pas de sucre.

Cette paralysie faciale gauche a duré une huitaine de jours, pendant lesquels la fièvre a été constante ; puis elle a régressé rapidement.

La réaction de Wassermann dans le sang est négative.

Le 21 juin, où nous examinons de nouveau le malade, nous apprenons que la température, qui avait complètement cessé depuis quinze jours, a réapparu depuis quelques jours. Cette fièvre ne s'accompagne pas de sueurs. La paralysie faciale a complètement disparu ; la tension artérielle est de 16-5 ; les urines contiennent encore des traces d'albumine. Le seul signe nouveau noté ce jour-là est l'hypertrophie du foie dont la matité mesure 14 centimètres.

Vers le 20 juillet apparaît une orchite droite, sans écoulement uréthral, avec température de 40°. Cette orchite dure trois semaines, mais la température revient à la normale au bout de douze jours.

Le 19 août, on prélève du sang en vue d'un séro-diagnostic de fièvre ondulante et on pratique une intra-dermoréaction à la mélitine. Celle-ci sera négative. Le séro-diagnostic, demandé à la fois à l'Institut Pasteur et au C. R. F. O. de Montpellier, donne un résultat négatif à Paris et positif à 1 p. 160 à Montpellier. Une hémoculture demandée à Montpellier restera sans réponse.

Le 5 septembre, l'état du malade est normal, malgré l'absence de tout traitement spécifique. Il persiste seulement un léger larmoiement de l'œil gauche. Un second séro-diagnostic pratiqué au C. R. F. O. de Montpellier est encore positif à 1 p. 160 ; une seconde intra-dermoréaction à la mélitine est, cette fois, franchement positive le lendemain.

Le diagnostic de fièvre ondulante n'est donc pas douteux. Ce cultivateur, convalescent d'un abcès de la main droite, a donné des soins à ses vaches atteintes d'avortement épizootique ; quelques semaines plus tard, il présente un état fébrile qui évolue irrégulièrement, mais dessine au moins quatre ondes thermiques, sans sueurs, avec une asthénie marquée. Deux de ces ondes coïncident avec deux complications différentes, une paralysie faciale et une orchite. Le séro-diagnostic de Wright et l'intra-dermoréaction de Burnet sont positifs.

Deux particularités de cette fièvre ondulante d'origine bovine méritent peut-être d'être soulignées : d'une part, elle s'est compliquée d'une paralysie faciale périphérique, localisation exceptionnelle dans le vaste groupe des neuro-mélitococcies ; d'autre part, contractée en Normandie, elle constitue un témoin nouveau de l'invasion progressive de cette province par la brucellose.

I. Les névrites périphériques occupent, parmi les complications nerveuses de la fièvre de Malte, une place importante, signalée dès 1929 par le professeur H. Roger (1). Le plus souvent, il s'agit de névrite des membres, polynévrites, paralysies du circonflexe, du radial, des cubitaux, ou névrite du crural et surtout du sciatique, qui évolue avec des caractères un peu particuliers.

Mais les nerfs craniens peuvent n'être pas indemnes : H. Roger (2) a observé et recueilli un certain nombre de névrites de cet ordre et, dans leur livre sur « les Méningo-neurobrucelloses », H. Roger et Y. Poursines (3) consacrent un chapitre très complet à l'atteinte des nerfs craniens.

L'auditif, « pierre de touche des brucelloses », est spécialement exposé, du fait de l'inflammation de la lepto-méninge dans laquelle il chemine, et son altération se traduit par des troubles de l'audition, pouvant aller jusqu'à la totale surdité, ou par un syndrome labyrinthique.

On a constaté de rares cas de paralysie du moteur oculaire externe et du moteur oculaire commun.

Plusieurs observations mentionnent la névrite optique, uni- ou bi-latérale, avec amblyopie progressive et atrophie de la papille.

Cantaloube a signalé une paralysie passagère du voile du palais.

Les paralysies faciales sont, par contre, exceptionnelles, beaucoup moins fréquentes que les névrites de la VIIIe paire ou des nerfs oculaires : cette divergence a lieu de surprendre, comme le remarquent H. Roger et Y. Poursines (3), si l'on songe aux rapports anatomiques si intimes qui unissent le facial et l'auditif dans leur trajet endo-cranien.

Centrale, une parésie faciale a été signalée au cours d'une méningo-encéphalite précoce et mortelle par Lemaire, Portier et I. Bertrand (4). Quant à la paralysie faciale périphérique, H. Roger et Y. Poursines (3) disent n'en connaître qu'un cas, celui de Lévy et Uzan (5). Il s'agissait d'une jeune fille qui, au cours d'une fièvre de Malte, présenta un syndrome méningé avec céphalée intense et vomissements ; dès lors, apparurent successivement une paralysie du moteur oculaire externe droit, une stase papillaire bilatérale, puis une paralysie de la partie supérieure de la VIIe paire et peut-être, étant données la rapidité du pouls et la dyspnée, une atteinte du X. Ces troubles ont disparu au bout de deux mois, sans séquelles. Les auteurs insistent sur l'intérêt de cette localisation méningée « paralysant transitoirement trois nerfs craniens ».

Cette observation est, en fait, la seule dont le cas que nous relatons puisse être rapproché. Encore s'agit-il, chez la malade de Lévy et Uzan, d'une paralysie faciale associée à celle d'autres nerfs craniens, tandis que chez notre malade, la paralysie faciale périphérique a évolué isolée, à l'état pur. Elle est apparue deux mois à peine après le début de la fièvre ondulante, s'est manifestée par ses symptômes classiques, sans troubles de motilité de la langue ni du voile du palais, avec une acuité auditive normale, s'est accompagnée de troubles du goût et a régressé rapidement au bout de huit jours environ.

L'hypothèse de la coexistence fortuite d'une fièvre ondulante et d'une paralysie faciale a frigore paraît devoir être écartée, car la paralysie a évolué en pleine période d'état de la maladie générale et a coïncidé avec une onde fébrile nouvelle; H. Roger (2) avait déjà signalé, à propos de la sciatique mélicoccique, la possibilité de cette coïncidence de la névrite avec une recrudescence des phénomènes infectieux, en particulier de la fièvre. Il nous semble légitime, dans ces conditions, d'attribuer la paralysie faciale périphérique de notre malade à la brucellose elle-même.

Quant à la pathogénie de cette névrite de la VIIe paire, on ne saurait, en l'absence de constatations anatomiques et de ponction lombaire, suggérer que des probabilités. H. Roger et Y. Poursines (3), après avoir constaté que les nerfs craniens sont relativement peu touchés par les brucelloses, ajoutent : « S'ils le sont, c'est à peu près exclusivement par l'intermédiaire des lésions méningées, si spéciales à ces infections : il s'agit de méningo-névrites, de méningo-radiculo-névrites craniennes ». Cette pathogénie est-elle valable dans le cas que nous relatons ? Chez notre malade, aucun signe méningé, même discret, n'a accompagné l'apparition de la paralysie faciale et n'a autorisé une ponction lombaire; aucun autre nerf cranien, et notamment l'auditif, n'a été atteint en même temps que la VIIe paire. Par contre, le malade a signalé, dès le début de sa paralysie, des troubles du goût, dont nous regrettons de n'avoir pas plus exactement précisé la topographie, mais dont l'existence ne nous paraît pas négligeable. Leur présence, en effet, sans troubles de l'audition, permet, d'après le schéma de Cossa (6), de localiser l'altération du facial entre le ganglion géniculé et la caisse du tympan. Il s'agirait ici, non d'une méningo-radiculo-névrite, comme dans le cas de Lévy et Uzan (5), mais d'une atteinte du nerf dans son trajet intra-temporal, dans l'aqueduc de Fallope.

Quelle qu'en soit l'origine, cette paralysie faciale périphérique isolé au cours d'une fièvre ondulante n'en garde pas moins son intérêt en raison de son caractère exceptionnel.

II. — De la brève et certainement incomplète enquête bibliographique à laquelle nous avons pu nous livrer, il résulte que notre observation constitue au moins le dix-septième cas de brucellose humaine identifié en Normandie depuis 1932.

En 1933, Pellerin et l'un de nous (7) observent une fièvre ondulante dans l'Eure et signalent en même temps un autre cas un peu antérieur, originaire de la même région et qui a fait l'objet d'une leçon clinique du professeur Carnot. En 1934, une observation provenant de l'Orne est recueillie par Dordain (8). En 1937, deux cas initiaux sont publiés, l'un pour la Seine-Inférieure par Soulignac (9), l'autre pour le Calvados par Dubois, Gourçon et l'un de nous (10). En 1938, la Société de médecine de Rouen enregistre huit observations, toutes issues de la Seine-Inférieure et communiquées dans la séance du 7 février par Dévé (11), Vitet et Dévé (12), Calmet (13), Jean (14), dans la séance du 4 juillet par Dévé et Magniaux (15), Couture (16), Bertrand et Langlois (17), Potez (18) ; à cette occasion, Dévé (12) attire l'attention sur l'identification des brucelloses humaines dans ce département. Duliscouet, Callégari, Marque et Hurel (19) recueillent trois cas de fièvre ondulante dans le département de la Manche. Enfin, notre observation concerne un malade qui a contracté sa brucellose dans le Calvados.

La répartition géographique de ces 17 observations de fièvre ondulante en Normandie s'établit donc ainsi : 9 cas en Seine-Inférieure, 3 cas dans la Manche, 2 cas dans le Calvados, 2 cas dans l'Eure, 1 cas dans l'Orne. Il est vraisemblable que les brucelloses humaines sont beaucoup plus nombreuses dans les départements normands et si la quantité des observations publiées est encore si resteinte, cela tient soit à la méconnaissance de certains cas, soit à l'existence de formes ambulatoires et spontanément guéries, soit à la discrétion de confrères qui ont identifié des brucelloses sans particularité clinique et dont, pour cette raison, il n'ont pas jugé utile d'enregistrer l'histoire.

L'étude des 17 observations que nous avons pu réunir permet d'en reconnaître les caractères communs, l'étroite parenté, et de jeter un coup d'œil d'ensemble sur leur aspect clinique, leur évolution et leur étiologie.

Tous ces cas, sauf un, celui de Dordain (8), concer-

nent des hommes : treize cultivateurs ou ouvriers agricoles, un boucher, un gendarme, un étudiant : sur 17 malades, quatorze sont donc appelés par leur profession à des contacts incessants avec le bétail et exposés à la contamination directe de la brucellose bovine; en effet, l'enquête étiologique, poursuivie dans chaque observation, montre que, dans la plupart des faits, l'origine bovine ne peut être mise en doute : il s'agit dans 9 cas uniquement de soins donnés à des vaches atteintes d'avortement épizootique, dans 2 cas uniquement d'ingestion de lait cru provenant de vaches malades, dans 4 cas à la fois de contact avec les animaux et d'ingestion de lait cru, dans un cas, celui de Jean (14), d'injection accidentelle d'un vaccin virulent; dans l'observation de Dordain (8), l'origine caprine est fort douteuse et la cause de la brucellose demeure incertaine.

Dans l'ensemble, l'évolution de ces brucelloses contractées en Normandie a été simple et favorable et tous les malades ont guéri. Peut-être les recherches bactériologiques expliqueront-elles peu à peu cette bénignité habituelle du pronostic, Br. mélitensis étant infiniment plus pathogène, en général, pour l'homme que Br. abortus : « il n'est pas indifférent pour un malade, remarque le professeur Lisbonne (20), d'être infecté par l'un ou l'autre de ces deux types ».

Si la majorité de ces dix-sept observations a présenté une marche classique avec les ondes thermiques, les sueurs, l'asthénie coutumières, quelques-unes ont offert une allure plus sérieuse du fait de la ténacité de la fièvre ou de l'apparition de sympômes anormaux et trompeurs, bien conformes au polymorphisme clinique de la brucellose humaine. D'autre part, les complications n'ont pas été exceptionnelles : orchite dans 4 cas, arthralgies dans 5 cas, hépatomégalie dans 3 cas, ictère dans 1 cas, congestion pleuro-pulmonaire dans 1 cas, paralysie faciale périphérique dans notre observation. Dans les cas de Soulignac (9), de Bertrand et Langlois (17), les arthralgies ont été assez intenses pour réaliser une forme rhumatismale. L'observation de Dévé (11), avec hépatomégalie rénitente, douloureuse et fébrile constitue une forme hépatique; celle de Dévé et Magniaux (15) revêt la forme d'un ictère infectieux à rechute.

Dans ces dix-sept observations, le diagnostic clinique a, bien entendu, été confirmé par les recherches de laboratoire : séro-diagnostic de Wright et intra-dermoréaction à la mélitine, l'un et l'autre positifs dans la plupart des cas. Une hémoculture a été pratiquée dans 11 cas, avec un résultat inconnu 3 fois, négatif 4 fois et positif 4 fois. On sait tout l'intérêt qu'offre le résultat de l'hémoculture, malgré la certitude de leur origine bovine, dans les brucelloses observées loin du littoral méditerranéen; les travaux de Taylor, Lisbonne (11), Vidal et Romain, au Centre de recherches sur la fièvre ondulante de Montpellier ont établi que si l'espèce bovine atteinte d'avortement épizootique est porteuse, en France comme ailleurs, de Br. abortus, elle peut être aussi contaminée par Br. melitensis. « Il y a donc en France, écrit Lisbonne (20), une fièvre ondulante d'origine bovine à Br. abortus et une fièvre ondulante d'origine bovine à Br. melitensis ». Dans les départements de l'Est, la fièvre ondulante à Br. melitensis représenterait environ 15 à 18 % des cas. En est-il de même en Normandie ? Sur la carte publiée récemment par Lisbonne (20), on voit que des souches humaines de Br. abortus ont été identifiées en Seine-Inférieure et dans le Calvados par le Centre de recherches de Montpellier. Sur les quatre hémocultures positives recueillies dans les dix-sept observations normandes, deux n'ont pas permis d'identifier le germe en cause, melitensis ou abortus ; une (Dévé et Magniaux (15)e concerne probablement l'abortus; une [observation II de Duliscouet, Callégari, Marque et Hurel (19)] a identifié le Br. abortus.

Une dernière question mérite, à propos de ces brucelloses humaines constatées en Normandie, de retenir l'attention. On ne peut qu'être frappé de leur nombre restreint dans une région où, de l'avis de tous les vétérinaires, l'avortement épizootique sévit avec une si sévère intensité. Même en faisant la part des cas méconnus ou inconnus, la disproportion entre la fréquence de la brucellose bovine et la rareté de la brucellose humaine est, jusqu'à présent, un fait épidémiologique singulier. Faut-il l'expliquer uniquement par une virulence limitée pour l'espèce humaine des germes Brucella qui atteignent l'espèce bovine ? ou invoquer une immunité acquise peu à peu par les sujets professionnellement susceptibles d'être contaminés ? C'est avec beaucoup d'ingéniosité et de raison, nous semble-t-il, que notre confrère Couture (16) suggère cette dernière hypothèse : « Il est à supposer, écrit-il, que par le contact permanent avec des animaux porteurs de germes, de la façon la plus diverse : manipulation des litières, vidange des étables, habitude de lubréfier les mains avec le lait même de la vache pendant la traite, il est à supposer que les vachers, qui ne brillent pas par l'hygiène et la propreté, et peut-être même à cause de cela, sont soumis à une véritable imprégnation brucellique qui leur confère une sorte d'immunité professionnelle. Et ce qui semble appuyer cette opinion, c'est que le patron, qui ne soigne lui-même que son bétail malade, sans avoir subi auparavant l'imprégnation brucellique, est plus souvent atteint que l'employé. »

Il serait malgré tout fort imprudent de négliger les cas d'alerte observés jusqu'à ce jour en Normandie et de méconnaître le grave danger que peut y révéler pour un avenir prochain l'apparition de la fièvre ondulante humaine d'origine bovine. Si l'on réfléchit à la situation économique de cette province, on ne saurait écouter avec scepticisme le cri d'alarme de Lisbonne (20) et de Duliscouet, Callégari, Marque et Hurel (19) qui, constatant l'importance primordiale en Normandie et spécialement dans le Cotentin de l'élevage des bovidés, de la consommation et de l'exportation du lait et de ses dérivés, expriment la crainte qu'inspirent pour l'avenir l'apparition récente de quelques cas humains de fièvre à Br. abortus et « l'immense réservoir de virus » en puissance dans le cheptel de ce pays.

BIBLIOGRAPHIE

1. H. Roger. Les complications nerveuses et paranerveuses de la mélitococcie. *Journal méd. français*, mai 1929.

2. H. Roger. La neuromélitococcie. *Presse méd.*, 7 mai 1932.

3. H. Roger et Y. Poursines. Les méningo-neurobrucelloses. 1938.

4 G. LEMAIRE, PORTIER et I. BERTRAND. Méningo-encéphalite précoce à évolution rapidemenxt mortelle ; constatations anatomiques. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 31 mai 1937.

5. E. LÉVY et M. UZAN. Réaction méningée au cours de la fièvre de Malte. Journées méd. de Tunis 1926. *Tunisie méd.*, juillet 1926.

6. P. COSSA. Physio-pathologie du système nerveux. 1936.

7. J. COLOMBE et M. PELLERIN. Fièvre ondulante observée dans le département de l'Eure. *Normandie méd.*, mars 1933.

8. M. DORDAIN. Un cas de fièvre de Malte. *Normandie méd.*, juin 1934.

9. R. SOULIGNAC. Sur un cas de fièvre de Malte observée en Seine-Inférieure. *Normandie méd.*, juill.-août 1937.

10. J. COLOMBE, P. DUBOIS et L. GOURÇON. A propos d'un nouveau cas régional de fièvre ondulante. *Année méd. de Caen et de Basse-Normandie*, sept. 1937.

11. F. DÉVÉ. Hépatomégalie saillante, rénitente, douloureuse et fébrile chez un garçon de ferme... Forme hépatique de la fièvre ondulante. *Normandie méd.*, févr. 1938.

12. F. DÉVÉ. Apparition des brucelloses humaines dans la Seine-Inférieure. *Normandie méd.*, févr. 1938.

13. CALMET. Un cas de fièvre ondulante dans la Seine-Inférieure. Intérêt de la vaccinothérapie. *Normandie méd.*, févr. 1938.

14. B. JEAN. Un cas de brucellose (inoculation directe par un vaccin brucellique virulent). *Normandie méd.*, février 1938.

15. F. DÉVÉ et M. MAGNIAUX. Brucellose à forme d'ictère infectieux à rechute. *Normandie méd.*, juill.-août 1938.

16. COUTURE. Un nouveau cas de brucellose humaine d'origine bovine observé dans la région de Saint-Valéry-en-Caux. *Normandie méd.*; juill.-août 1938.

17. J. BERTRAND et R. LANGLOIS. Fièvre ondulante d'origine bovine contractée en Haute-Normandie. *Normandie méd.*, juill.-août 1938.

18. G. POTEZ. Un cas de brucellose humaine d'origine bovine dans la région de Pavilly. *Normandie méd.*, juill.-août 1938.

19. DULISCOUET, CALLÉGARI, MARQUE et HUBEL. La fièvre ondulante dans le département de la Manche. *Paris méd.*, 20 août 1938.

20. M. LISBONNE. Considérations sur l'épidémiologie et la prophylaxie de la fièvre ondulante en France. *Bull. de l'Acad. de médecine*, séance du 17 mai 1938, t. 119, n° 19.

21. M. LISBONNE. L'identification bactériologique des Brucella. Son intérêt dans l'épidémiologie de la fièvre ondulante. *Journal méd. français*, mars 1936.

Annuaire médical Palissier (Édition 1939). — Extrêmement pratique et complet, le *Guide Palissier* comprend, comme les années précédentes, par ordre alphabétique, les noms et adresses des médecins avec jours et heures de consultations, un second classement divise ces médecins par spécialités. Viennent ensuite les listes des pharmaciens et laboratoires, des chirurgiens-dentistes. des sages-femmes et des vétérinaires.

Une classification par rues termine la partie Paris.

On trouve ensuite les départements : Seine, Seine-et-Marne et Seine-et-Oise, puis les villes de facultés.

Une partie administrative très au point fournit une abondante documentation sur les hôpitaux et asiles, privés et de l'Assistance, donnant pour chacun les jours et heures de consultations, ainsi que la liste de personnel médical.

Le *Guide Palissier* est vendu 25 fr. En vente aux librairies médicales et Éditions Palissier, 14, rue Carpeaux, Paris. Tél. : Marcadet 91-38. Chèques postaux Palissier 717-90.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 19 JANVIER 1939

La sérothérapie anticolibacillaire dans les appendicites graves ou compliquées. Résultats généraux de son emploi. — M. H. VINCENT. — L'appendicite aiguë peut se manifester sous divers aspects cliniques graves ou très graves : formes malignes d'emblée, formes avec plastron, formes délirantes ou maniaques (Larget et Lamare), formes toxémiques, plus fréquentes, enfin cas dans lesquels l'intervention ayant été trop tardive, l'appendicite se complique de péritonite diffuse ou généralisée. Le pronostic de ces cas est, le plus souvent, très sévère.

C'est chez de tels malades que j'ai conseillé, depuis 1924, l'emploi de la sérothérapie anticolibacillaire comme adjuvant de l'intervention chirurgicale. Cette méthode a, depuis lors, permis de sauver un grand nombre de malades opérés tardivement ou présentant les signes d'une gravité extrême.

En effet, ainsi que je l'ai constaté depuis longtemps, le *B. Coli* est l'agent le plus constant et le plus dangereux des complications péritonéales ou toxiques de l'appendicite ; il en est de même des septicémies qui peuvent intervenir. Je l'ai isolé dans 94,76 % des appendicites malignes, avec péritonite diffuse ou généralisée. Dans 47,36 % de ces dernières, il était seul et en quantité énorme dans le liquide péritonéal. Louis Bazy, Reilly, Oudard et Coureaud, etc., ont fait de semblables constatations. Ils insistent, par contre, sur la grande rareté des anaérobies pathogènes. Ils ont trouvé, en particulier, le *B. perfringens* une fois sur 10 ou 20 cas ; fait remarquable, ce microbe était, chaque fois, complètement avirulent.

Le *B. Coli*, d'après mes expériences, possède la propriété de s'adapter rapidement au milieu péritonéal et de s'y multiplier avec une rapidité extrême, en sécrétant les deux toxines que j'ai décrites ; la toxine α, entérotrope, thermostabile la toxine β, neurotrope, thermolabile. La proportion plus ou moins grande de l'une ou de l'autre varie suivant la race du bacille et explique les formes cliniques observées.

C'est donc le B. Coli *qui constitue l'agent infectieux le plus dangereux et de beaucoup le plus habituel des appendicites graves ou toxiques, surtout à partir du troisième jour qui suit le début de la crise aiguë.*

Les anaérobies interviennent parfois. J'indiquerai comment on peut les déceler.

Ces raisons m'ont conduit à recommander depuis très longtemps, et avec insistance, les injections de sérum anticolibacillaire aussi précoces que possible, et aux doses quotidiennes de 50 cm³, 60 cm³ et 80 cm³ à 100 cm³, dans les infections à pronostic fatal, en diminuant rapidement ces doses à mesure que l'état du malade s'améliore. Il convient d'introduire en même temps, après évacuation du pus, le sérum dilué à un demi ou un tiers, dans la cavité péritonéale infectée. La chute du pouls et l'amélioration de l'état général et du facies se produisent parfois en vingt-quatre heures, et l'on obtient ainsi des guérisons inespérées.

Au cours de l'intervention chirurgicale, il est utile de prélever un peu de sérosité ou de pus (aussi loin que possible de l'appendice lui-même) pour en faire l'examen microscopique extemporané et la culture aérobie et anaérobie. S'il est trouvé des anaérobies pathogènes, on associe ensuite le sérum antigangréneux multivalent, que j'ai préparé avec G. Stodel, au sérum anticolibacillaire.

L'isolement du *B. Coli* est rendu facile par la culture en bouillon phéniqué à 0,85 ‰, qu'on porte à l'étuve à 41°5 (H. Vincent).

Telle est la méthode de traitement que j'ai recommandée depuis quatorze ans, en France et à l'étranger.

Je ne voudrais pas avoir à rappeler que certains auteurs ont tenté de s'en attribuer l'idée et ne citant même pas mon nom dans leurs publications.

Peut-on, dès à présent, préciser quelle est, des deux techniques, celle qui est la plus favorable, ou bien la sérothérapie anticolibacillaire seule (qui est la plus employée), ou bien la sérothérapie mixte? Il serait difficile de se prononcer avec certitude puisque le sérum anticolibacillaire, qui est incontestablement le plus actif et le plus spécifique, a été uniformément injecté aux malades de l'un et de l'autre groupe.

D'autre part, et bien que ces deux sérums soient nés dans mon laboratoire, je dois signaler que, de l'avis des chirurgiens qui ont fait usage du sérum antigangréneux seul, celui-ci s'est montré parfois insuffisant, alors que les injections de sérum anticolibacillaire ont presque aussitôt rétabli l'équilibre défensif du malade et amené la guérison.

En réunissant les résultats qui m'ont été obligeamment envoyés, on voit que sur plusieurs milliers d'appendicites opérées par eux, la sérothérapie anticolibacillaire seule ou la sérothérapie mixte ont été utilisées dans 1.271 cas *d'appendicites graves ou malignes, compliquées de péritonite diffuse ou généralisée, ou bien affectant la forme toxique* dont le pronostic (Chalier, Larget et Lamare, P. Foucault) est également très sévère.

Enfin, dans le dernier chiffre sont compris, également, outre les malades soumis à une purgation, les appendicites opérées *in extremis*, et explicitement signalées comme telles par les chirurgiens, les cas, *au nombre de 48, opérés aux 4e, 5e, 6e et même aux 8e, 9e jours* qui ont suivi le début de la crise. On sait que dès le 4e jour de la crise aiguë, la mortalité habituelle des appendicectomies est comprise entre 80 et 100 % des malades et qu'au delà de cette date, elle est considérée comme à peu près constante.

Enfin parmi les opérés qui l'ont été dans des conditions les plus défavorables, on doit encore signaler de nombreux enfants en pleine période de fièvres éruptives et dans un état grave, ainsi que 7 vieillards âgés de 76 à 82 ans (P. Foucault), des femmes enceintes atteintes de formes compliquées d'appendicite, qui ont guéri et conservé leur enfant (professeur Reeb), des malades atteints d'appendicite avec plastron (Jacques Dor), etc.

D'ailleurs, le même sérum anticolibacillaire, injecté à doses suffisantes, a fait disparaître le plastron en trois jours (Alary) ou un peu plus tardivement (Barbet, Blanc), permettant ainsi de pratiquer l'appendicectomie avec une entière sécurité.

En conséquence, et d'après les renseignements qui m'ont été fournis, *sur les 1.271 malades affectés de formes très graves ou à pronostic fatal, opérés avec le concours de la sérothérapie, le chiffre des guérisons a été de 1.217, soit 95,75 pour 100 d'entre eux. Celui des décès a été de 54, soit 4,25 pour 100 opérés.*

Dans le chiffre des décès sont comprises 11 morts chez les 48 malades ayant été opérés entre le 4e et le 9e jour après le début de la crise d'appendicite. De même on y a compris des malades ayant succombé à la suite d'embolie pulmonaire (2 cas), de pneumonie à pneumocoques ou de bronchopneumonie (3 cas), d'ictère grave (1 cas), de gangrène pulmonaire très tardive (2 mois après la guérison de l'appendicectomie pour forme très grave), etc.

(Je cite à l'Académie un certain nombre d'exemples de guérisons dans des cas désespérés.)

On peut conclure que la sérothérapie, et tout particulièrement la sérothérapie anticolibacillaire, utilisée comme adjuvant de l'intervention, permet de conserver l'existence à plus de 75 % des malades atteints d'appendicites à pronostic mortel.

A propos du traitement de l'appendicite. — M. Pierre Duval, s'appuyant sur de nombreux exemples, insiste sur la nécessité de l'intervention précoce dans le traitement de l'appendicite aiguë.

M. Weinberg, répondant à M. Duval, estime que l'étude de la question du sérum antigangréneux dans l'appendicite aiguë devra être reprise.

Modifications électrocardiographiques dans les dépressions barométriques expérimentales. MM. Ch. Laubry, J. Walser et L. Deglande. — En appliquant la méthode des dépressions barométriques en double caisson pneumatique à l'étude des modifications électrocardiographiques provoquées par la baisse de la tension partielle d'oxygène, il est possible de réaliser des conditions expérimentales très variées : altitudes s'échelonnant de 1.500 m. à 14.000 m., vitesses d'ascension et de descente allant de quelques mètres à plusieurs centaines de mètres par seconde.

Trois éléments essentiels se dégagent des recherches poursuivies par les auteurs au cours de nombreuses expériences sur le chien et sur le lapin :

En premier lieu, l'inconstance et la variabilité des modifications électrocardiographiques provoquées, dans des conditions identiques, par les mêmes changements de pression;

En second lieu, la tolérance remarquable du cœur aux variations très brusques de pression reproduisant celles du vol « en piqué »;

Enfin la nécessité d'un séjour prolongé à des altitudes supérieures à 8.000 m. pour déterminer l'apparition de modifications importantes de la courbe électrique.

Guérison clinique et bactériologique spontanée chez le cheval, d'une tuberculose pulmonaire expérimentale. — MM. Gabriel Petit et Philippe Kfouri apportent à l'Académie de Médecine le résultat de très longues recherches sur la tuberculose *pulmonaire* expérimentale du cheval, qu'ils provoquent à volonté par leur mode particulier d'inoculations endobronchiques, à l'aide d'une sonde introduite par la trachée et poussée très avant. Ils relatent, à cette occasion, un curieux cas de *guérison spontanée*, clinique et bactériologique, témoignant de la haute résistance du cheval à l'infection tuberculeuse.

Bien que le problème de la sérothérapie antituberculeuse soit loin d'être résolu, ils estiment qu'il ne serait probablement pas impossible de conférer au cheval, par la voie pulmonaire qui leur est offerte, une immunisation active comparable à celle des chevaux à sérums thérapeutiques.

La souplesse et la rigidité fonctionnelles du rein. — M. Henri Paillard expose la notion de la rigidité fonctionnelle du rein qu'il oppose à la souplesse fonctionnelle normale de cet organe.

Le *rein souple* élimine rapidement l'eau ingérée, sécrète des urines de densité très variable au cours des vingt-quatre heures ; le pH urinaire est variable comme la densité.

Le *rein fonctionnellement rigide* uniformise son débit aqueux, sécrète des urines de densité et de pH à peu près fixes.

L'épreuve de la densimétrie fractionnée, établie suivant les règles formulées par l'auteur dès 1924, facile à répéter et à contrôler, donne des indications *précoces* sur l'évolution d'une sclérose rénale, à un moment où il est encore possible d'agir par la thérapeutique.

Le rein rigide est un organe à fonctionnement réduit ; il expose le sujet au danger des poussées hypertensives, s'il absorbe trop de liquides; au danger de l'azotémie ou de la rétention chlorurée, si la ration alimentaire n'est pas exactement fixée.

La transmission du typhus murin au porc. Des voies d'inoculation. — M. H. Violle.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1938.

Danger des injections huileuses dans le traitement des fissures anales. — M. François MOUTIER signale que les injections huileuses à base de dérivés benzolés, aminés ou amidés, représentent un progrès évident sur les anciens traitements des fissures. L'auteur a observé cependant divers accidents consécutifs à ces piqûres : lenteur de résorption, persistance de nodules indurés à longue échéance, abcédation aiguë ou chronique avec fistulettes persistantes.

Dans ces conditions, il est — au moins partiellement — revenu aux injections locales de quinine-urée.

Le traitement de certaines algies sympathiques par les infiltrations locales de solutions novocaïniques. — M. Jacques DECOURT fait observer que certaines algies spontanées, ayant les caractères des algies dites sympathiques, et se montrant, comme celles-ci, d'une ténacité désespérante, semblent partiellement conditionnées par un processus de cellulite locale, qui sert d'épine irritative drainant vers un territoire déterminé tous les troubles généraux de l'équilibre végétatif. L'infiltration sous-cutanée du territoire douloureux à l'aide de solutions novocaïniques amène souvent, avec une rapidité surprenante, la guérison ou une rémission prolongée des phénomènes algiques. Cet effet thérapeutique semble dû à la fois à l'action spécifique de l'alcaloïde sur les éléments sensitifs et sympathiques, et aux modifications mécaniques provoquées par l'injection du liquide dans les tissus altérés.

Un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique traité par le chlorhydrate de choline. — MM. Étienne BOLTANSKI et Maurice LACHTER relatent l'histoire d'une enfant de neuf ans, atteinte de bilieuse. Le traitement par le chlorhydrate de choline, préconisé au Tonkin par A. de Raymond, a été ici d'une remarquable efficacité.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA CUTI-RÉACTION

Le dogmatisme qui sévit en médecine est encore aggravé par le fait qu'une foule de gens, dépourvus de données précises sur les questions médicales, se croient prédestinés à régénérer la santé publique : ils sont séduits par les solutions simples qui découlent de ce dogmatisme dont ils entrevoient tout de suite la généralisation et même l'obligation comme une nécessité sociale.

C'est ainsi que la cuti-réaction fut accueillie avec enthousiasme, enthousiasme entretenu par certains qui pour être plus compétents étaient peut-être moins désintéressés. Aussi n'est-il pas inutile qu'on entende parfois la voix de la raison, comme elle a été exprimée par MM. Amcuille et Chevalley, dans une conférence faite à la Société des Médecins des Dispensaires O.P.H.S.

En voici les conclusions qui sont marquées au coin du bon sens et du meilleur esprit scientifique qui se garde à la fois d'une oposition systématique et d'un engouement irréfléchi et prématuré :

« Nous estimons que la cuti-réaction doit être pratiquée systématiquement à l'âge scolaire, mais qu'il ne faut pas se faire illusion sur la portée de cette enquête et ses conséquences thérapeutiques.

« Nous pensons que l'obligation peut en être évitée par la collaboration des médecins non fonctionnaires et des multiples organismes de soins qui couvrent le territoire de Paris et de sa banlieue.

« Nous pensons qu'il n'y a pas lieu de créer pour le dépistage de la tuberculose des dispensaires annexés aux écoles de la Ville, car ils entraîneraient des dépenses non proportionnées aux résultats qu'on peut en attendre.

« Nous pensons que les médecins inspecteurs des écoles doivent rester des inspecteurs hygiénistes et que la mise en tutelle sanitaire des écoliers sous le contrôle de l'Education Nationale est une mesure grave et à laquelle la plupart des familles ne sont pas préparées. »

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Notre frère Corps, par le docteur Pierre DELORE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon (1).

Mon éminent confrère et ami, le docteur Pierre Delore, a bien voulu m'adresser le nouveau livre qui fait suite à son bel ouvrage, aujourd'hui épuisé, sur les *Tendances de la médecine contemporaine, la médecine à la croisée des chemins.*

Tous les problèmes étudiés par l'auteur, ne sont pas exclusivement d'ordre médical. Ils dépassent souvent les strictes limites de la médecine. M. Delore affirme « qu'ils intéressent ce que l'on convient d'appeler l'*ordre nouveau* ». Et, ici, l'auteur se rencontre avec Marañon qui constatait, il y a peu de jours encore, que notre vieille civilisation n'est plus et que nous entrons dans une ère nouvelle dont on ne peut encore mesurer l'importance. Cet ordre nouveau nous apportera-t-il la fin du désordre actuel, de l'anarchie qui se manifeste dans tous les domaines? Verrons-nous, enfin, remettre à l'honneur ce que M. Delore appelle les valeurs de civilisation? Parmi ces valeurs dont on parle beaucoup, il conviendrait de dresser un ordre de préséance. M. Delore estime que les valeurs corporelles et les valeurs de santé doivent retenir particulièrement notre attention. Elles sont aussi importantes pour l'individu que pour la communauté sociale.

Ce sont ces valeurs que M. Delore discute, apportant ainsi « une contribution à l'hygiène d'un nouvel humanisme... »

Successivement, l'auteur étudie l'ordre nouveau et la science de l'homme. L'homme en état de bonne santé, l'homme normal est trop négligé dans les études médicales. Il a fait cependant l'objet de belles études, on peut citer celles du regretté Paul Richet et de mon ami Henri Meige. Ajoutons que leurs cours ont été professés non à la Faculté de Médecine, mais à l'École des Beaux-Arts. La connaissance de l'homme normal nous fait entrevoir la nécessité d'un retour à l'hygiène naturelle. M. Delore, prenant acte du renouveau de la médecine naturelle et du néo-hippocratisme, peut établir une politique de la santé. « Réhabilitons le corps, écrit-il, il a droit à la dignité, à la beauté, à la paix, toutes choses que la civilisation a dévaluées... »

Le *culte du corporel* et de la *culture physique* ne marque pas un retour vers le paganisme du corporel. C'est, en effet, au doux ascète d'Assise que M. Delore a emprunté l'expression de « Frère Corps ».

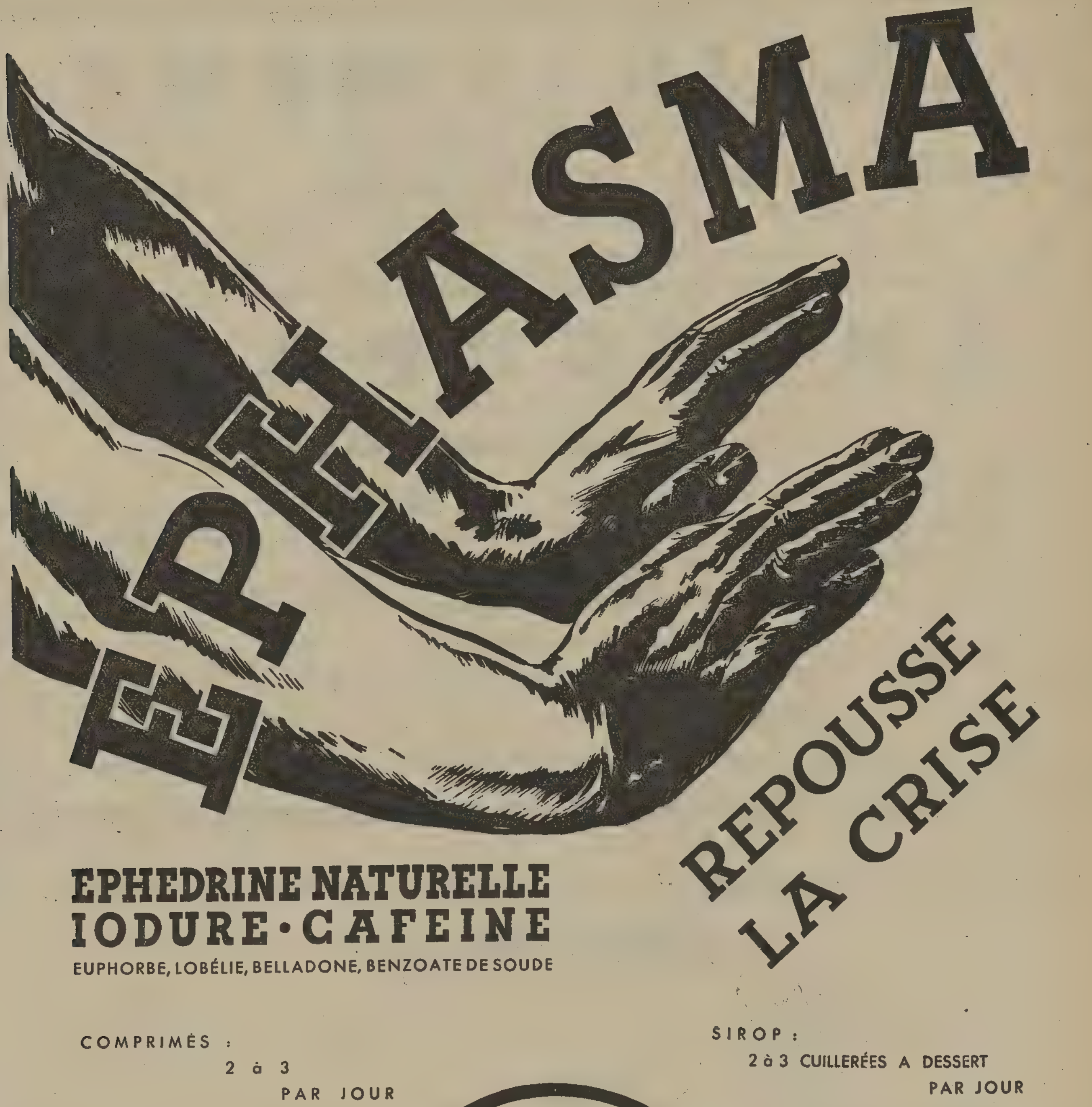
Aussi bien la notion du corps et de la santé nous permettra d'entrer « plus avant dans la connaissance du complexe humain, c'est-à-dire de la science de l'homme... »

F. L. S.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 24 fr. Librairie de Médicis, 3, rue de Médicis, Paris, 1938.

Le directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.


EPHASMA
REPOUSSE
LA CRISE
EPHEDRINE NATURELLE
IODURE • CAFEINE
EUPHORBE, LOBÉLIE, BELLADONE, BENZOATE DE SOUDE
COMPRIMÉS :
2 à 3
PAR JOUR
SIROP :
2 à 3 CUILLERÉES A DESSERT
PAR JOUR


céréOssine
fixe le Calcium
LABORATOIRES DEHAUSSY
50-52 RUE NATIONALE - LILLE

N° 7. — MERCREDI 25 JANVIER 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Xe ANNIVERSAIRE DE LA MORT DE FERNAND WIDAL.
Widal et l'esprit clinique, par M. le professeur Fernand BEZANÇON.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences. — Académie de chirurgie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
Résistance ou concessions, par M. A. HERPIN.
Fédération corporative des médecins de la Seine.

LIVRES NOUVEAUX.
Tuberculose et médecine sociale, de M. Etienne BERNARD.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Jury du concours de chirurgien des hôpitaux.* — MM. les docteurs : Okinczyc, Seneque, Martin, Cadenat, Heitz-Boyer, Baumgartner, Brechot.

Censeurs. — MM. les docteurs : Leibovici, Thalheimer, Mouchet, Fèvre.

Jury du « Prix Fillioux ». — MM. les docteurs : Aubry, Hautant, Leroux, Fiessinger, Küss.

Faculté de Médecine de Paris. — *Avis.* — Les épreuves de thérapeutique (5e année 1939) commenceront le jeudi 2 mars. Ecrit : 2 et 3 mars ; oral : à partir du lundi 6 mars. Affichage : 24 février.

Faculté de Médecine de Montpellier. — *Chefs de clinique.* A été prorogé pour l'année scolaire 1938-1939, M. Henri Estor (Clinique gynécologique : Prof. Lapeyre).

Ont été nommé chefs de clinique pour l'année 1938-1939, MM. Artières (Clinique ophtalmologique : prof. Dejean) et Michel Godlewski (Clinique propédeutique médicale : prof. Boulet ; Dr Baumel, agrégé, chargé de cours).

Santé publique. — M. le docteur B. Mothe, secrétaire général de la Fédération thermale et climatique française, secrétaire général de l'Union des Établissements thermaux de France, administrateur délégué de l'Union thermale pyrénéenne, est nommé membre de la Commission permanente des Stations hydrominérales, climatiques et uvales, en remplacement de M. le docteur Durand-Fardel, décédé.

Guerre. — *Avis de concours pour l'emploi d'élève de l'Ecole du Service de Santé militaire.* — Un concours sera ouvert le 26 juin 1939, à 8 heures, pour l'emploi d'élève de l'École du Service de Santé militaire.

Les candidats devront faire parvenir directement au ministre de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de Santé, 1er bureau) une demande d'inscription établie sur papier timbré. S'ils sont présents sous les drapeaux, leur demande devra être adressée par la voie hiérarchique.

Le registre d'inscription sera ouvert le 17 avril 1939 et clos le 27 mai 1939 à midi.

Peuvent prendre part à ce concours :

A. — Section médecine (troupes métropolitaines) :

1° Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat ;

2° Les étudiants en médecine pourvus :

a) De quatre inscriptions valables pour le doctorat ;
b) De huit inscriptions valables pour le doctorat ;
c) De douze inscriptions valables pour le doctorat.

B. — Section médecine (troupes coloniales) :

Les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques, ou inscrits régulièrement en vue de l'obtention dudit certificat.

C. — Section de pharmacie :

1° Les stagiaires en pharmacie, bacheliers de l'enseignement secondaire, ayant accompli ou accomplissant une année de stage dans une officine ;

2° Les étudiants en pharmacie pourvus de quatre inscriptions.

Le nombre d'élèves à admettre est fixé ainsi qu'il suit :

Section médecine (troupes métropolitaines) : soixante-dix (étudiants P. C. B. ou étudiants en médecine).

Section médecine (troupes coloniales) : quinze (étudiants P. C. B.).

Section de pharmacie : cinq (étudiants stagiaires et à quatre inscriptions).

Pour tous renseignements s'adresser :

Soit au Ministère de la Défense nationale et de la Guerre (direction du Service de Santé, 1er bureau) ;

Soit aux directeurs du Service de Santé des régions ;

Soit au directeur de l'École du Service de Santé à Lyon.

Service de Santé des troupes coloniales. — Par décret du 13 janvier 1939, sont nommés, à la date du 31 décembre 1938, dans le Service de Santé des troupes coloniales, pour prendre rang du 31 décembre 1935 (sans rappel de solde) au grade de médecin sous-lieutenant, les élèves du Service de Santé de la marine, reçus docteurs en médecine en 1938, et versés dans le Service de Santé des troupes coloniales, dont les noms suivent :

MM. Monet ; Turpaud ; Borjeix ; Choumara ; Labail ; Bellidenty ; Palis ; Delalande ; Le Coroller ; Augey ; Pouliquen ; Rouergue ; Combescot de Marsaguet ; Marchalant ; Berthelot ; Robert ; Langeard ; Gérin-Jean ; Lotte Loison ; Destombes ; Ardorino ; Bremond ; Aubaile ; Sorriaux ; Lorrain ; Vellieux.

Par le même décret, ces officiers sont promus au grade de médecin lieutenant, pour prendre rang (sans rappel de solde) de 31 décembre 1937.

Par décision ministérielle du même jour, ces officiers sont affectés à l'École d'application du Service de Santé des troupes coloniales à Marseille, à l'exception de MM. les médecinslieutenants Delalande et Langeard, affectés à l'École d'application du Service de Santé du Val-de-Grâce à Paris.

— Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1939, à 9 heures, à l'école d'application du Service de Santé militaire, pour l'obtention du titre de « professeur agrégé du Val-de-Grâce » et pour un emploi de « professeur agrégé de chirurgie ».

Les concours d'agrégation à partir de 1940 s'ouvriront vraisemblablement au mois d'avril ou de mai au lieu du mois de novembre.

Marine. — Un concours pour l'emploi de chef de clinique médicale à l'École d'application du Service de Santé de la marine à Toulon aura lieu dans ce port à la fin d'avril 1939.

Ecole nationale supérieure de l'Aéronautique. — Par arrêté en date de 16 janvier 1939, M. le docteur Servel de Cosmi, ex-interne des hôpitaux de Paris, bénéficiaire de la loi du 12 août 1933, a été maintenu jusqu'au 31 décembre 1939 dans ses fonctions de médecin de contrôle à l'École nationale supérieure de l'Aéronautique.

Prochaine conférence des Voix latines. — M. F. Cathelin, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine, chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie, membre d'honneur de l'U. M. F. I. A. ou Union médicale latine, donnera le jeudi 2 février 1939, à 21 heures précises, à l'Institut Océanographique, 195, rue Saint-Jacques, Paris, une conférence sur : Rôle des latins et des médecins dans la découverte de l'Amérique, sous la haute présidence de S. Exc. M. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil en France.

FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE

Ordre du jour, adopté à l'unanimité :

« Le Conseil d'Administration de la Fédération corporative des Médecins de la Région parisienne, dans sa séance du 2 décembre 1938, *après examen de l'accord intervenu le 9 juillet 1938 entre la Confédération nationale des Syndicats dentaires et la Confédération des Syndicats médicaux français :*

1° S'étonne des modalités de cet accord considéré comme « une étape définitive » dans la grande réforme médico-dentaire ;

2° Proteste en particulier contre les équivalences d'études qui y sont admises ;

3° S'élève à nouveau contre l'attribution du titre de « docteur-dentiste » aux chirurgiens-dentistes, en remplacement de leur titre actuel ou en adjonction à leur nom patronymique, le titre de « docteur » sans doctorat ne pouvant être tenu que pour de la fausse monnaie universitaire et se présentant comme de nature à tromper le public et à porter atteinte à l'intérêt même des malades ;

4° Attire l'attention de MM. les doyens des Facultés et directeurs des Ecoles de Médecine sur ces questions et exprime le souhait qu'ils veuillent bien prendre en considération l'opinion du Conseil de la Fédération corporative des Médecins de la Région parisienne, en vue d'une organisation officielle de l'enseignement de la stomatologie dans les Facultés et Ecoles de Médecine. »

Le président : Dr BOURGUIGNON. *Le secrétaire général :* Dr DÊVÊ.

NÉCROLOGIE

— Le professeur Boinet, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Montpellier, correspondant national de l'Académie de Médecine.

— Le docteur Iser Solomon, radiologiste de l'hôpital Saint-Antoine, victime du devoir professionnel.

— Le docteur Achille Haibe, directeur de l'Institut de Bactériologie et d'Hygiène de la province de Namur, membre de l'Académie royale de Médecine de Belgique.

— Le docteur Louis Destouches, directeur du *Courrier Médical.*

— Le docteur Charles Faguet, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, chirurgien à Périgueux.

— Le docteur Maurice Tambareau, chirurgien des hôpitaux de Rouen.

RENSEIGNEMENTS

*

Xe ANNIVERSAIRE DE LA MORT DE FERNAND WIDAL

WIDAL ET L'ESPRIT CLINIQUE

Par M. le Professeur FERNAND BEZANÇON (1)

Madame et très chère amie, mon cher Pierre,
mes chers Collègues, Mesdames, Messieurs,

Ce n'est pas sans une émotion profonde, qu'après de longues années, nous nous trouvons à nouveau réunis dans cet hôpital Cochin dont Widal avait fait un centre incomparable de recherches et d'enseignement.

Tour à tour, depuis dix ans, chacun des amis et élèves du Patron, à cette date anniversaire, était venu, dans mon service hospitalier, apporter son tribut d'hommage et d'admiration à celui que nous considérons comme un des plus grands esprits de notre médecine contemporaine, cherchant à évoquer les années de travail auxquelles il avait été intimement associé.

Bien qu'ayant participé d'une façon très intime à la vie scientifique de Widal de 1893 à 1896, je ne ferai que rappeler les longues heures passées dans les salles de bactériologie du laboratoire d'anatomie pathologique de notre maître commun Cornil, nos études sur le streptocoque de la bouche, à l'état normal et à l'état pathologique, sur les angines dites à streptocoques, sur les myélites.

Le chenil était alors notre service de clinique ; nous passions en revue les animaux inoculés avec la centaine d'échantillons de streptocoques que nous avions isolés, nous arrêtant devant chaque cage, cherchant si l'oreille lourde et tombante du lapin indiquait le début de l'érysipèle, si la paralysie du train postérieur trahissait la lésion de la moelle. Et j'en viens de suite au but de cette conférence, à l'étude du rôle que mon vieil ami, que beaucoup se représentent uniquement comme savant et expérimentateur, a joué en clinique.

Nul mieux que Widal, à mon avis, tout en faisant de la science et de la plus belle, ne s'est montré davantage médecin et clinicien.

Si j'ai toujours été convaincu qu'il y a réellement une science médicale, ayant ses lois particulières, c'est en grande partie parce que j'ai vu Widal à l'œuvre.

Me penchant, le talent en moins, hélas ! comme Duclaux l'a fait sur l'œuvre de Pasteur, quand il a écrit l'histoire d'un Esprit, je voudrais me pencher sur l'œuvre de Widal et faire ressortir l'esprit clinique qui, en réalité, domine cette œuvre.

Les premiers travaux de Widal sont en apparence exclusivement d'inspiration pastorienne et de discipline bactériologique. Ses études sur la différenciation du bacille typhique et du coli, sur la fièvre typhoïde expérimentale, sa thèse même de 1889 sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle, sont conçues sous le signe de l'étiologie, sous celui de la spécificité microbienne et cependant, quand on relit cette œuvre de jeunesse qu'est par définition une thèse, on ne peut s'empêcher d'y trouver déjà en germe toutes les qualités d'observation fine, d'intuition vive, qui éclateront plus tard dans les œuvres de maturité.

Widal ne se contente pas dans sa thèse de montrer le rôle du streptocoque dans la phlegmatia alba dolens, il situe celle-ci dans l'infection puerpérale, voit qu'elle est en réalité un petit accident de la puerpéralité; il note que très souvent, quand la douleur et l'œdème apparaissent, l'infection est si atténuée qu'elle peut passer inaperçue. Pour en saisir l'intervention, il faut étudier la période qui s'étend des jours qui suivent l'accouchement à l'apparition des premiers symptômes avérés de localisation veineuse, il faut scruter ce qu'il appelle « la période intermédiaire ».

L'observation fine y révélera des signes d'infection larvée traduite par des frissonnements, par un très léger état subfébrile.

Notez bien l'importance que Widal attache à cette période intermédiaire ; nous retrouverons souvent par la suite dans son œuvre cette préoccupation constante de reporter l'origine de la maladie à un stade antérieur au moment où éclatent les premiers symptômes manifestes.

En 1893, Widal vient d'être nommé médecin des hôpitaux ; il a un service de remplacement à Beaujon. La fièvre typhoïde était fréquente alors dans nos salles de malades ; c'était encore la grande maladie infectieuse de l'époque. Widal est frappé des difficultés du diagnostic clinique et du peu de secours qu'apportent à celui-ci les recherches bactériologiques. On ne peut tirer parti, en effet, de l'examen bactériologique des selles, comme l'avait fait Koch pour le diagnostic du choléra ; l'isolement du bacille d'Eberth étant d'une extrême difficulté.

Il fallait trouver une autre méthode de diagnostic.

Au cours de ses recherches sur la fièvre typhoïde avec Chantemesse, Widal avait vu que le sérum des malades possède des propriétés bactéricides et que celles-ci existent déjà à la période d'état de la maladie et non pas seulement à la période de convalescence. Ces propriétés bactéricides n'étaient donc pas, comme on le croyait alors, des réactions d'immunité, mais, à son avis, *des témoins de l'infection.*

La mise en évidence de ces propriétés bactéricides est difficile, la technique est peu pratique et ne peut sortir du domaine scientifique. Widal, avec cette intuition claire de ce qui rend, de ce qui peut être utilisé, ne s'y attarde pas.

Nous sommes en 1896. C'est l'époque où les questions d'immunité passionnent le monde savant. C'est l'époque où, au laboratoire de Metchnikoff, Bordet disséquant pour ainsi dire les phénomènes d'immunité, étudiant le fameux phénomène de Pfeiffer, « la transformation en granules » du vibrion cholérique injecté dans le péritoine des animaux vaccinés contre ce vibrion, Bordet, dis-je, découvre, en mettant en contact *in vitro* ces vibrions cholériques avec du sérum de cobaye vacciné contre ces vibrions, que les phénomènes lytiques, la transformation en granules, sont précédés par une phase où les vibrions sont immobilisés, réunis en amas, agglutinés.

(1) Conférence faite le 14 janvier à l'hôpital Cochin, en présence de Mme Fernand Widal et de son fils.

Gubler a vu l'intérêt de cette réaction agglutinante pour le diagnostic de races microbiennes voisines, comme sont les divers vibrions cholériques ; la réaction est spécifique, elle peut servir à l'identification de races microbiennes appartenant à une espèce commune.

Widal transpose l'expérience en clinique. Il voit que le sérum des malades atteints de la fièvre typhoïde possède lui aussi la propriété agglutinante, mais, fait capital, que cette propriété agglutinante existe dans les humeurs, comme la propriété bactéricide, non seulement au stade de convalescence, quand se développe l'immunité, mais déjà à la période d'état, en pleine maladie.

Mais, si le sérum a déjà des propriétés agglutinantes à la période d'état de la maladie, ne pourrait-on pas, dans les cas de diagnostic clinique difficile, faire servir cette constatation au diagnostic même de la maladie.

L'idée de la possibilité de faire ce qu'il appellera un séro-diagnostic, germe dans son esprit, et voilà la grande découverte qui s'amorce. Il donne, selon ses propres paroles, au phénomène de l'agglutination un caractère qu'on ne lui avait pas reconnu, il fait sortir la question du laboratoire pour la faire pénétrer dans le domaine de la clinique.

Avec Gubler, le phénomène de l'agglutination n'était qu'une méthode de laboratoire de plus, venant s'ajouter aux caractères morphologiques et culturaux, aux propriétés fermentatives pour le diagnostic bactériologique de races microbiennes voisines.

Avec Widal et Sicard, le phénomène passe dans la clinique. Puisque la réaction agglutinante est une réaction d'infection, en présence d'un cas suspect de fièvre typhoïde on va rechercher si le sérum du malade va agglutiner le bacille d'Eberth, et si la réaction est positive on va pouvoir affirmer que le malade est bien atteint de fièvre typhoïde.

Bordet avait montré que pour étudier l'action des sérums *in vitro*, sur les microbes, il fallait employer, pour éviter toute erreur, des sérums dilués. Widal, avec Sicard, procède à la mensuration du pouvoir agglutinant du sérum ; il voit que ce pouvoir présente des variétés extrêmes selon les individus. Il y avait là de quoi faire douter de la valeur d'une méthode spécifique. Widal ne se laisse pas égarer. Il semble, dit-il, que chaque typhique fournisse la réaction agglutinante à sa façon. L'infection impressionne nos humeurs et nos tissus, mais l'organisme fait le reste *suivant une véritable idiosyncrasie*. Retenez le mot, nous aurons l'occasion de le retrouver plus tard, quand Widal étudiera les maladies de sensibilisation.

Et le médecin perçant toujours sous le savant, Widal ajoute : c'est ici que l'individualité reprend ses droits.

On sait le retentissement universel, peut-on dire, qu'eut la découverte du séro-diagnostic. Une méthode nouvelle venait de sortir du laboratoire de recherches pour entrer dans le laboratoire de clinique, que dis-je, *dans la clinique même*.

Plus n'était nécessaire de constater le germe de la maladie pour établir le diagnostic, *un procédé indirect* suffisait ; la constatation dans les humeurs de propriétés nouvelles créées par le passage du microbe dans les profondeurs de l'organisme.

Bordet avait créé la sérologie, Widal la faisait entrer de plein pied dans la médecine pratique.

Avec Louis Le Sourd, quelques années plus tard, Widal montre que ce ne sont pas seulement des propriétés agglutinantes qu'on décèle dans le sérum des typhiques à la période d'infection, mais cette fameuse « sensibilisatrice » mise en évidence par Bordet, qui, dans le phénomène de Pfeiffer, va se fixer sur le vibrion et permettre à l'alexine banale du sérum de produire le phénomène de lyse.

La réaction de fixation du complément découverte par Bordet va donc, elle aussi, pouvoir être utilisée pour le diagnostic de la fièvre typhoïde ; on pourra pratiquer, selon le terme employé par Widal et Le Sourd, un véritable hémolyso-diagnostic.

L'hémolyso-diagnostic de la fièvre typhoïde, moins simple que le séro-diagnostic, n'aura pas la fortune de celui-ci, mais il n'en reste pas moins que c'est à Widal et à Louis Le Sourd qu'on doit, à propos de la fièvre typhoïde, puis de la tuberculose, l'entrée dans la clinique de cette réaction de fixation et que ce sont ces recherches qui ont, avec celles antérieures de Bordet, préparé les voies à la découverte de la fameuse réaction sérologique qui rendra si populaire le nom de Wasserman.

La découverte avec Ravaut, en 1900, du cyto-diagnostic des épanchements pleuraux, puis avec Ravaut et Sicard, de celui du liquide céphalo-rachidien, va nous montrer comment Widal sait utiliser pour le diagnostic des maladies infectieuses les méthodes indirectes, quand il n'est pas possible de mettre en évidence l'agent pathogène de la maladie.

L'hématologie bat son plein, on cherche à établir pour chaque maladie une formule leucocytaire spécifique.

Un grand nombre de pleurésies séro-fibrineuses sont indiscutablement de nature tuberculeuse, comme l'a montré Landouzy, mais il est difficile d'en apporter la preuve clinique et de différencier une pleuro-tuberculose primitive d'une pleurésie rhumatismale ou d'une pleurésie de voisinage, secondaire à un néoplasme ou à une pneumopathie aiguë.

On ne trouve dans le liquide pleural qu'exceptionnellement des bacilles par l'examen direct ou par la culture ; il faut recourir à l'inoculation au cobaye et la réponse du laboratoire met plusieurs mois à parvenir au clinicien.

Dans les cas de tuberculose, on ne peut, d'autre part, que difficilement constater dans le liquide pleural des agglutinines ou des sensibilisatrices, et faire par suite un séro-diagnostic ou utiliser la réaction de fixation.

Ne pourrait-on, à défaut de ces constatations, essayer de recourir encore une fois à une méthode indirecte de diagnostic basée, cette fois, non plus sur la sérologie, mais sur l'hématologie ? Pourquoi ne rechercherait-on pas, par l'étude des éléments cellulaires contenus dans le liquide, à dépister les réactions tissulaires profondes qui sont cachées sous l'épanchement ?

L'examen direct hématologique du liquide ne peut suffire comme celui du sang ; dans le liquide séro-fibrineux de la plèvre, les cellules sont éparses, il faut donc les collecter par la centrifugation, mais le liquide riche en fibrine va se coaguler, il va falloir, avant la centrifugation, le défibriner.

Voilà le cyto-diagnostic découvert et rendu pratique.

Dans le liquide séro-fibrineux de la pleuro-tuberculose primitive, l'élément cellulaire rencontré est le lymphocyte. La découverte de ce lymphocyte sera une quasi-signature d'infection tuberculeuse. Ce ne sera pas cependant une réaction spécifique. Avec son clair bon sens, Widal se rend compte que la réaction lymphocytaire ne tient pas à la nature du germe en cause, dans l'espèce au bacille de Koch, mais à la qualité de la réaction tissulaire, à l'inflammation subaiguë qu'entraîne la présence du bacille de Koch, mais que d'autres agents donnant des réactions de même style pourraient aussi déterminer.

En pratique, cependant, la tuberculose étant presque la seule infection de la plèvre susceptible de déterminer cette réaction subaiguë qu'est la lymphocytose, la constatation de celle-ci est, sauf exception rare, en faveur du diagnostic de pleurésie tuberculeuse.

Si grand que soit l'intérêt de l'étude cellulaire des épanchements pleuraux, il est vite dépassé par celui de l'analyse cellulaire du liquide céphalo-rachidien que Widal entreprend avec Ravaut et Sicard, et qui va leur permettre d'établir le cyto-diagnostic des méningites aiguës, des méningites tuberculeuses et syphilitiques, des réactions méningées du tabes et de la paralysie générale.

Je voudrais, à ce point de vue, rappeler une petite anecdote rapportée par Ravaut dans la belle étude qu'il a donnée de la genèse du cyto-diagnostic, lors de la XIe session des Journées Médicales de Bruxelles, consacrée à la mémoire de Widal.

Au cours des recherches sur le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les états méningés, Widal, Ravaut et Sicard avaient admis tout d'abord que dans la paralysie générale progressive, le liquide céphalo-rachidien se montre libre d'éléments cellulaires.

Malgré cette constatation de laboratoire, ce résultat ne satisfait pas Widal, qui, dit Ravaut, *raisonnant toujours d'après la science de son temps*, n'ignorait pas qu'au cours de la paralysie générale, la méningite chronique est d'ordinaire très accentuée, et était loin de considérer ces conclusions comme définitives. Aussi attendait-il impatiemment un nouveau cas indiscutable de paralysie générale pour contrôler ses premières recherches.

Un malade atteint de paralysie générale indiscutable était entré à la Maison Dubois, dont Widal était chef de service. Ravaut fait la ponction lombaire et constate cette fois dans le liquide céphalo-rachidien des éléments mononucléés en très grand nombre. D'innombrables observations faites par la suite confirmèrent ce résultat ; l'erreur première dépendait en réalité du fait que les premiers liquides examinés provenaient non de malades du service même de Widal, mais d'autres services où le diagnostic de paralysie générale avait été porté sans preuve suffisante.

Grâce à sa persévérance, mais aussi grâce à la justesse de son observation clinique, Widal avait pu corriger à temps l'erreur d'une première série de recherches de laboratoire et éviter ainsi de discréditer une méthode qui a rendu depuis tant de services à la clinique et s'est montrée si rigoureusement scientifique.

Widal est devenu médecin de l'hôpital Cochin. Chef d'un service très actif où sont hospitalisés de nombreux malades, il va pouvoir entrer dans la grande pathologie médicale, dans la grande clinique, dans la clinique moderne.

Elève de Dieulafoy, il a longtemps médité sur le problème du mal de Bright. Il a connu les querelles des anatomo-pathologistes et la vanité des classifications en néphrite parenchymenteuse et interstitielle.

Pour pénétrer plus loin dans la connaissance, il faut d'autres disciplines ; il faut moins penser anatomiquement, il faut, avec Claude Bernard, penser physiologiquement et se rappeler que la pathologie est avant tout la science des fonctions troublées, que la plupart des organes ont des fonctions multiples sur lesquelles la maladie opère souvent des dissociations plus subtiles, comme il l'écrira, que ne peut le faire l'instrument du physiologiste.

Comme il le montre dans la magnifique leçon inaugurale de son cours de pathologie interne, la médecine, tout en ne répudiant aucun des enseignements qu'elle doit à ses initiations successives, et tout en conservant l'esprit d'observation traditionnel, doit s'orienter vers des voies nouvelles.

« L'erreur de l'organisme a été de vouloir faire de l'anatomie pathologique le pivot de la médecine, et de chercher dans la lésion d'un organe ou d'une cellule l'explication de tous les phénomènes morbides. »

Il ne saurait plus être question d'étudier des maladies d'organe, des néphrites, des hépatites, mais de rechercher les viciations organiques fonctionnelles.

Comme il va le montrer avec Lemierre, avec Javal, avec André Weil, et plus tard avec Pasteur Vallery-Radot, le problème qui domine et résume l'examen clinique d'un Brightique est d'ordre physio-pathologique.

En juin 1903, Widal, avec Lemierre, s'attaque tout d'abord à la pathogénie de certains œdèmes brightiques et démontre l'action hydropigène du chlorure de sodium.

Avec Javal, il propose la cure de déchloruration qui devait rendre tant de services aux Brightiques et avoir une si grande répercussion.

Différents observateurs avaient déjà soupçonné le rôle du chlorure de sodium dans la pathogénie de l'œdème. Widal avec Lemierre, en se plaçant dans des conditions d'observation méthodiquement réglées, donne la première preuve que, par seule ingestion de chlorure de sodium, en dehors de toute autre cause, on peut à volonté et de façon pour ainsi dire expérimentale, faire réapparaître les œdèmes chez certains brightiques.

Il faut relire la célèbre observation d'un brightique dont, avec Javal, il étudie les échanges pendant 72 jours, pour se rendre compte de la méthode inaugurée par Widal. Neuf fois, pendant ces 72 jours, Widal et Javal font varier brutalement la chloruration du régime, soumettant leur sujet pendant 4 périodes à une alimentation chlorurée et pendant 5 autres à une alimentation sans chlorure.

Bien que la quantité d'eau ingérée soit toujours la même, on verra baisser ou monter le poids du malade. L'albuminurie elle-même n'est pas, comme on pourrait le croire, sous la dépendance d'un régime riche en albumine, elle peut diminuer malgré le régime carné et si elle diminue, c'est à l'absence de chlorure qu'elle le doit.

Avec les travaux de Widal sur le rôle des chlorures dans la pathogénie des œdèmes, nous entrons dans des méthodes cliniques nouvelles. Le médecin fait entrer l'expérimentation dans la clinique, il provoque l'apparition du symptôme, et sachant quelle en est la pathogénie, il en devient le maître et peut ainsi, par un régime approprié, en empêcher le retour.

Le rôle du chlorure de sodium étant démontré, Widal voit que cette fonction d'élimination du sel, étant dans le rein bien spécialisée, peut être troublée pour son propre compte, alors que d'autres fonctions d'élimination demeurent encore intactes, et inversement.

Les recherches de Widal sur l'azotémie sont parmi les plus solides et les plus belles de la clinique française ; c'est à leur occasion que se manifestent le plus ses qualités de grand clinicien.

La rétention de l'urée dans les néphrites est sans doute connue depuis longtemps, mais comme on considérait que l'urée n'était pas toxique, on doutait de l'intérêt de la recherche de ce corps.

Comme le dit Pasteur Vallery-Radot, dans les problèmes les plus obscurs, Widal voyait toujours clair.

Widal se rend compte, avec Javal, que certains symptômes des néphrites sont liés à la rétention de l'urée sanguine. A côté du syndrome de rétention chlorurée caractérisé surtout par la présence des œdèmes, il édifie le syndrome de rétention azotée et montre que plus le chiffre de l'urée sanguine est élevé, plus la mort s'annonce proche.

En grand clinicien, il étudie minutieusement les symptômes de cette azotémie, les troubles digestifs, les symptômes nerveux, l'anémie, *la fatigue qui n'est que le prélude de la torpeur*, le grand symptôme de l'azotémie.

Avec Morax et André Weil, il sépare la rétinite azotémique de la rétinite chlorurémique et montre l'extrême gravité de la première.

Vous me permettrez d'être bref sur cette partie de l'œuvre de Widal, bien que ce soit peut-être la plus belle, car celle-ci est dans toutes les mémoires, et il n'est pas un jeune étudiant de nos Facultés qui ne soit habitué à dissocier le syndrome de rétention chlorurée du syndrome azotémique et ne recherche s'il y a association à ceux-ci du syndrome cardiovasculaire et de l'albuminurie.

Je voudrais retenir davantage votre attention sur les travaux de Widal sur l'hémoglobinurie paroxystique. Les recherches qu'il a entreprises avec Rostaine, puis avec Abrami et Brissaud, sur ce sujet, vont avoir en effet une influence décisive sur l'orientation nouvelle qui va le conduire à l'étude du rôle des chocs, à la notion de maladie de sensibilisation, à la conception de l'importance de l'idiosyncrasie, qui seront le couronnement de son œuvre.

L'hémoglobinurie paroxystique est par excellence la maladie expérimentale. Elle a été, dans cet esprit, l'objet d'études approfondies d'Ehrlich et de Morgenroth, de Donath et Landsteiner.

Widal, par ses recherches sur l'hémolyso-diagnostic, est rompu à toutes les techniques de la sérologie. L'hémolyse, admet-on, est le résultat de l'action de l'alexine du sérum sur des globules rouges sensibilisés. S'il ne se produit pas d'hémolyse dans le sang normal, où cependant sont en présence les trois éléments nécessaires : globules, alexine, sensibilisatrice, c'est qu'il existe une substance antagoniste : l'antihémolysine.

Le froid va produire la libération de cette antihémolysine et l'hémolyse puis l'hémoglobinurie se produiront. Mais, et c'est là qu'intervient le sens clinique de Widal, il se rend compte que l'hémoglobinurie n'est ici encore que le premier symptôme apparent. De même que la phlegmatia alba dolens, nous l'avons vu, n'est qu'un accident tardif de l'infection puerpérale et est précédée d'une période intermédiaire plus ou moins longue, de même que l'œdème brightique ne survient souvent qu'après une longue phase de prœdème que révélera la pesée journalière, de même l'hémoglobinurie est en réalité un symptôme tardif. L'attaque d'hémoglobinurie n'est que l'élément visible révélateur, l'indice coloré si l'on peut parler ainsi, d'un processus qui s'est déroulé antérieurement et qui a pu être silencieux.

Si l'on veut étudier l'essence du phénomène, c'est dans cette période silencieuse qu'il faut le faire, après il sera trop tard.

Widal, avec ses collaborateurs, recherche donc ce qui se passe au moment de cette période silencieuse. Son esprit est hanté par la notion nouvelle de l'anaphylaxie de Richet et Portier, par la notion de choc anaphylactique.

Le froid n'agit-il pas dans l'hémoglobinurie paroxystique comme un agent de choc ? N'est-ce pas lui qui va dissocier le complexe hématique et libérer « l'antihémolysine » ? Dans cette période intermédiaire, ne va-t-on pas retrouver par suite les manifestations habituelles du choc sur l'équilibre vasculo-sanguin : l'hypotension, la mononucléose, les troubles de la coagulation sanguine ?

L'observation lui démontre qu'il a vu juste ; non seulement on constate tous les signes du choc colloïdoclasique en miniature, mais on retrouve aussi, associés à l'hémoglobinurie, toute une série de symptômes que l'on observe souvent au cours du choc anaphylactique : douleurs généralisées à tout le corps sous forme de courbature, arthralgie, anxiété respiratoire, état nauséeux, vomissements, symptômes cutanés enfin, tels que le prurit, l'érythème, l'urticaire, l'œdème subit, les ecchymoses qui surviennent souvent en quelques minutes sous l'influence du froid, comme ils pourront survenir à la suite de l'injection seconde de sérum de cheval, au cours de la maladie du sérum.

On observe d'autre part, après l'exposition au froid, des crises frustes sans hémoglobinurie où n'existent que les phénomènes de choc.

On ne saurait trop rappeler la somme d'expériences, la quantité d'observations que représentent ces recherches de Widal sur l'hémoglobinurie.

Elles ont apporté un nouveau progrès dans la connaissance.

L'anaphylaxie de Richet et Portier conduit à considérer les phénomènes de choc comme toujours liés à la pénétration d'une albumine étrangère, d'une peptone comme l'avait montré Nolf.

Certes, la constatation de ces mêmes phénomènes de choc au début de la crise d'hémoglobinurie paroxystique a fait voir à Widal la parenté de celle-ci avec les manifestations anaphylactiques. Mais ici, point ne sera besoin d'introduction d'albumine étrangère, il suffira *d'un acte physique*, du refroidissement, de ce refroidissement que la sagesse des anciens considérait comme un des grands facteurs des phénomènes morbides.

L'étude du choc anaphylactique dans l'hémoglobinurie, et d'une façon générale celle du choc colloïdoclasique, va permettre à Widal et à ses collaborateurs Abrami, Brissaud, Joltrain, de pénétrer plus avant dans le mécanisme des chocs et de nous apporter une notion fondamentale qui montre bien les qualités d'intuition et de finesse de compréhension de Widal, la notion qu'il s'agit d'un phénomène physique et non d'un processus chimique.

A la suite des recherches de Richet et Portier sur le choc anaphylactique, on s'était trop habitué à considérer celui-ci comme étant le résultat d'une intoxication. Dans des recherches antérieures entreprises avec Sicard et Lesné, sur les effets de l'inoculation de différentes tumeurs de l'organisme dans la substance cérébrale du cobaye, Widal parle alors de toxicité.

L'étude de l'hémoglobinurie paroxystique a frigore va montrer à Widal que le choc va pouvoir se produire sans introduction dans l'organisme de substances étrangères. Analysant les conditions de la production des chocs, la non spécificité de la cause, l'indifférence relative à la dose contrairement à ce qui s'observe dans les intoxications chimiques, Widal fera du processus une manifestation physique pouvant déterminer un brusque déséquilibre dans l'état du plasma sanguin, processus physique qui, contrairement aux processus chimiques, n'obéira pas aux lois de la dose et fera sentir inégalement ses effets *selon la constitution de l'organisme récepteur* et, d'autre part, n'entraînera pas de véritables lésions, mais seulement des troubles fonctionnels éminemment réversibles.

Ce processus physique de déséquilibre plasmatique, on va le retrouver dans toute une série de maladies, dont la clinique avait déjà montré la parenté, dans l'urticaire, dans l'asthme, dans l'œdème de Quincke.

En février 1914, Widal avec Abrami, Brissaud et Joltrain, à l'occasion d'une observation d'urticaire géant, récidivant, alimentaire, montre que dans cette affection si différente en apparence de l'hémoglobinurie paroxystique, un même processus préside cependant à l'éclosion du symptôme.

Le malade qui fait l'objet de cette observation est atteint d'œdème de Quincke ; de lui-même, il attribue sa maladie à l'intoxication alimentaire, mais ne peut incriminer un aliment en particulier. Widal se rend compte facilement qu'il suffit de supprimer du régime toute albumine,

viande et œuf, pour voir disparaître l'urticaire. Le malade reprend-il l'alimentation carnée, l'urticaire reparaît; se nourrit-il seulement avec des albumines végétales, l'urticaire continue à être absent.

On va donc pouvoir faire l'étude expérimentale de ce cas comme on l'a fait pour les cas d'hémoglobinurie paroxystique, rechercher s'il existe une période intermédiaire entre l'ingestion de l'aliment nocif et le déclanchement de l'urticaire, voir s'il existe des phénomènes de choc pendant cette période intermédiaire.

Ce n'est que 8 heures 30 après la fin du repas qu'apparaît l'urticaire, par contre, une heure après le repas se manifeste déjà la crise hématique qui est terminée quand l'éruption cutanée apparaît.

La période intermédiaire n'est pas d'ailleurs complètement silencieuse. L'examen thermométrique révèle une élévation de la température atteignant 38°5 quatre heures après l'ingestion de viande et l'on constate dans les urines une quantité très notable d'albumine sans cylindrurie ni leucocyturie. Dans certains cas, après l'ingestion de viande, les manifestations urticariennes peuvent faire défaut et seule existe la crise hématique.

Cette période intermédiaire, Widal avec Lermoyez, Abrami, Brissaud, Joltrain, va montrer qu'elle existe aussi dans l'asthme, que là encore il ne s'agit pas d'un processus d'intoxication, d'une maladie respiratoire, d'une phénomène réflexe, comme on l'admet d'ordinaire, mais d'une perturbation physique, d'un phénomène de choc qui, en raison de ses répercussions détermine cette contracture des muscles bronchiques qu'on observe dans les états anaphylactiques.

Richet a fait rentrer l'asthme dans le cadre des phénomènes anaphylactiques. L'asthme, pour lui, doit être considéré comme la conséquence d'un phénomène de choc, due à la pénétration dans l'organisme d'une albumine étrangère. Il s'agit d'une manifestation spécifique, chaque asthmatique étant sensible à une albumine spécifique, animale ou végétale. « Au médecin qui sait ce qu'il cherche, écrira Widal, l'observation offre parfois des cas privilégiés ayant la valeur d'expériences spontanées qui peuvent suffire à donner la solution d'un problème depuis longtemps posé ».

Une de ces observation privilégiées va permettre à Widal, Lermoyez, Abrami, Brissaud et Joltrain, de projeter une vive lumière sur le problème pathogénique de l'asthme.

Un marchand de moutons, âgé de 51 ans, présente depuis 4 ans des crises d'asthme qui ne se développent que s'il demeure au voisinage de ses moutons. Ce malade n'est sensible qu'au suint du mouton; les poussières, le foin de l'étable sont sans influence sur le développement des crises. On va donc pouvoir faire de ce cas une étude expérimentale.

Comme les crises ne se développent qu'après l'entrée du malade dans l'étable aux moutons, on va pouvoir étudier la période intermédiaire. Widal a fait conduire à Cochin 30 moutons qu'on a enfermés dans une écurie neuve. La veille au soir, on avait déterminé au préalable l'état d'équilibre du plasma du malade.

La crise ne survenant d'ordinaire que 3/4 d'heure après l'entrée du malade dans l'étable. Widal et ses collaborateurs vont donc pouvoir profiter de ce répit pour étudier une fois de plus la période intermédiaire qui s'étend entre le premier contact avec les animaux et les premiers symptômes. De quart d'heure en quart d'heure, ils vont pouvoir chercher s'il existe des phénomènes de choc, des troubles de l'équilibre plasmatique.

Widal retrouve alors comme au cours de ses études sur la pré-crise de l'hémoglobinurie toute une série de modifications vasculo-sanguines ayant, au diminutif, le caractère de celles qu'on constate au cours du choc anaphylactique. La crise clinique apparente, est donc bien précédée de troubles humoraux analogues à ceux qui existent dans le choc anaphylactique.

Si des observations comme celles du marchand de moutons, comme celles du pharmacien à l'ipéca que publiera plus tard Widal, comme celles de l'urticaire géant provoqué par l'ingestion des seules albumines animales, semblent faire rentrer l'asthme et l'urticaire dans le cadre des maladies anaphylactiques, ce n'est cependant qu'en apparence.

Widal, à l'occasion de ses recherches sur l'hémoglobinurie paroxystique, a vu que les phénomènes de choc pouvaient être déterminés par d'autres causes que l'introduction d'une albumine étrangère, il a vu le rôle du refroidissement en particulier; il ne tardera pas à se rendre compte que ce même refroidissement peut aussi déterminer l'apparition de l'urticaire, de même que l'effort et l'émotion et qu'il en sera ainsi pour l'asthme dont les crises pourront être provoquées par des causes multiples, sans intervention nécessaire d'albumine hétérogène.

On doit donc cesser de considérer l'urticaire et l'asthme comme des états anaphylactiques ; il faut sortir de la notion de spécificité dans laquelle les expériences de Richet et Portier sur l'anaphylaxie expérimentale nous avaient fait entrer et qui cadraient si bien avec ce que nous avaient enseigné les disciplines bactériologiques.

Des causes multiples vont pouvoir entraîner l'apparition d'un unique phénomène. D'autre part, une même cause ne déterminera pas toujours le même effet.

L'exposition au froid pourra déterminer la crise d'hémoglobinurie, comme l'urticaire, comme l'oedème de Quincke; chez d'autres, elle déterminera l'asphyxie locale des extrémités.

Ce qui fixera le type morbide, ce ne sera donc plus, comme dans les intoxications chimiques, sa cause mais la susceptibilité réactionnelle individuelle du malade, ce que les anciens considéraient comme relevant de sa constitution, de son tempérament, ce qu'ils appelaient son idiosyncrasie.

La facilité avec laquelle certains individus font des manifestation d'asthme, d'urticaire, d'œdème de Quincke, de migraine, d'eczéma, tient à une constitution spéciale de leurs humeurs à une véritable diathèse colloïdoclasique.

Que nous sommes loin en apparence des recherches bactériologiques du début de la carrière et combien il faut admirer la merveilleuse souplesse de l'esprit de Widal qui, parti de ses études sur la spécificité microbienne, aboutit à la notion d'idiosyncrasie.

Anaphylaxie, idiosyncrasie, ne sont peut-être pas d'ailleurs, comme il le dit, si loin l'une de l'autre. Si, dans l'anaphylaxie expérimentale il suffit d'une simple pénétration d'albumine pour que se constitue l'état d'anaphylaxie; en clinique, la sensibilisation se produit en échelon ; la nature agit lentement, insidieusement, mettant parfois de longues années à réaliser la modification du terrain humoral. Mais cette modification ne s'accomplit facilement que chez les prédisposés constitutionnellement, les diathésiques de la vieille clinique française.

Vous le voyez, par ces divers exemples, la contribution que Widal a apportée à la clinique est tout d'abord que dans certaines maladies, qu'il s'agisse d'infection ou de maladies de sensibilisation, les symptômes manifestes ne sont pas toujours les premiers en date, qu'ils sont souvent précédés par une période intermédiaire qui s'étend entre le moment où agit la cause et celui où va se produire le premier symptôme clinique classique de la maladie, que cette période intermédiaire peut être complètement silen-

cieuse du point de vue clinique, mais peut dans d'autres cas, se manifester par des symptômes d'une grande banalité analogues à ceux que l'on observe dans les phénomènes de choc.

C'est, d'autre part, qu'il existe toute une catégorie d'états morbides, très différents dans leurs manifestations, mais très voisins dans leur essence, qui peuvent relever de causes très diverses en apparence, en réalité peut-être de causes qui toutes libèrent des substances voisines de l'histamine, dirons-nous aujourd'hui, la diversité des manifestations tenant non à la cause déclanchante mais à la constitution même de l'individu, à son idiosyncrasie.

On ne saurait trop dire combien cette conception nouvelle nous a ouvert des horizons jusque-là insoupçonnés.

Le temps a manqué à Widal pour pénétrer plus avant dans le mystère de l'idiosyncrasie; il s'est rendu compte cependant, avec Pasteur Valery-Radot, avec de Gennes, du rôle que tiennent dans ce domaine, non seulement les glandes endocrines, mais aussi le système sympathique.

Dans le discours qu'il prononcera lors de l'ouverture du XVIe Congrès français de médecine, à Bordeaux, Widal proclamera la connexion étroite qui unit la fonction des glandes à sécrétion interne à celle du système sympathique.

« Il y a, dit-il, une pathologie endocrino-sympathique qui nous conduit au sein même de la vie organique.

« Il ne s'agit pas d'une physiologie régionale, limitée à l'étude d'un appareil particulier, cette fois l'investigation pénètre au centre même du mécanisme qui régit le fonctionnement de l'économie tout entière et qui assure l'équilibre entre toutes ses parties. »

Mesdames, Messieurs, vous le voyez, les préoccupations de Widal dans la dernière partie de son œuvre furent les mêmes que celles des grands cliniciens de la fin du XIXe siècle, des Trousseau, des Bazin, des Hardy, des Lancereaux, des Brocq; ceux-ci avaient été frappés de l'association fréquente de certains états morbides, de leur parenté, de leur alternance, de leur substitution, de leurs métastases, certains cliniciens, comme Rapin, de Genève, avaient même eu la conception d'une diathèse familiale angioneurotique, comprenant l'asthme, l'urticaire, l'œdème de Quincke, la migraine, certains eczémas.

Mais alors qu'on considère comme des cliniciens tous ces diathésistes d'autrefois, pourquoi en refuser le titre à Widal, sous prétexte qu'il a dans toutes ses recherches, donné une place importante aux techniques de laboratoire et à la méthode expérimentale.

En lisant le titre de cette conférence, Widal et l'Esprit clinique, ne pensant qu'aux progrès que Widal a apporté à la médecine par l'introduction de méthodes nouvelles de laboratoire, telles que le séro-diagnostic et le cyto-diagnostic, nombre d'entre vous, grands admirateurs de Widal cependant, se sont peut-être étonnés du choix de mon sujet et ont pensé que j'avais quelque peu frisé le paradoxe. Leur étonnement tient, en réalité, à ce qu'ils ne se sont peut-être pas encore assez pénétré de ce qu'est l'esprit clinique moderne.

Au cours de cette conférence, j'ai essayé déjà de vous montrer combien Widal était bon observateur, bon clinicien dans le sens ancien de ce mot; ceux qui l'ont connu savent combien était grand son sens clinique : Il ne s'intéressait qu'aux méthodes pratiques, facilement utilisables en clinique, le sérodiagnostic, le cytodiagnostic l'ont séduit par leur simplicité. La réaction de fixation étant moins simple, plus sujette à l'erreur, il ne s'y est pas arrêté.

Etudiant les néphrites, il ne donne d'importance ni à la recherche de l'acide urique, ni à celle de la créatine, et des autres substances qu'on trouve dans le sang. Deux substances seulement retiennent son attention, *les fondamentales pour le clinicien :* le chlorure de sodium, dont la rétention dans les tissus joue un si grand rôle dans la production des œdèmes, l'urée dont la rétention dans le sang est le témoin véritable des graves imperméabilités rénales.

Si l'on n'accorde pas assez à Widal le titre de clinicien, c'est parce qu'on ne considère comme importante en clinique que la vieille séméiotique et de celle-ci, il faut le reconnaître, Widal était très peu fervent. La recherche minutieuse des signes physiques n'avait pour lui que peu d'attrait, il aimait mieux l'interrogatoire, l'analyse des symptômes fonctionnels et généraux. Pour lui, d'ailleurs, ce qui importait, c'était la recherche du sympôme majeur, quel qu'il fût, que ce fut un symptôme clinique ou bien un document fourni par le laboratoire.

Et Widal avait raison. Il ne faut pas être esclave du passé; il faut que la découverte d'un bacille de Koch, que la constatation d'une propriété agglutinante, d'une lymphocytose dans un liquide céphalorachidien, soient considérées comme des symptômes primordiaux, ayant la même valeur que celle de signes cavitaires, d'une splénomégalie, de signes méningés ou urémiques.

L'esprit clinique consistera en réalité à fixer la valeur précise du symptôme, qu'il s'agisse d'un signe purement clinique ou d'un signe de laboratoire, à ne jamais lui donner une valeur exclusive. mais aussi à ne pas le sous-estimer et s'il s'agit d'un signe de laboratoire à le mettre à sa place dans le faisceau de symptômes révélés par l'interrogatoire et l'examen physique.

Le progrès, en médecine, depuis le début du XIXe siècle, et Widal y insiste dans sa leçon inaugurale du cours de pathologie interne, est venu des acquisitions successives et de la séméiologie physique et des données du laboratoire. La clinique a élargi son domaine.

Laennec avait déjà été un grand novateur pour son temps, quand il avait, à l'occasion de sa découverte de l'auscultation, fait entrer la séméiologie physique dans la médecine, à côté de la recherche des symptômes fonctionnels et généraux.

Après lui, on considéra volontier la méthode anatomo-clinique qu'il avait fondée comme la base exclusive de la médecine. Widal, comme tous les novateurs, s'est montré quelque peu injuste vis-à-vis de l'anatomie pathologique. Il a trop opposé la lésion au trouble fonctionnel. Mais au moment où il écrivait, il était nécessaire de le faire. Il fallait créer de nouvelles habitudes, il ne fallait plus avoir exclusivement le penser anatomique. Les découvertes de Pasteur avaient déjà apporté une grande révolution en apportant le penser étiologique; il fallait encore un nouveau progrès, il fallait, suivant l'enseignement de Claude Bernard, avoir le penser physiologique.

Il ne fallait plus, en présence d'une néphrite, penser gros rein blanc, petit rein rouge contracté, néphrite parenchymateuse, néphrite interstitielle. Il fallait penser : rétention chlorurée, rétention uréique, syndrome cardiovasculaire ; de même qu'en présence de certains ictères, comme il le fit dans sa belle étude avec Brulé, sur les ictères hémolytiques acquis, il fallait s'évader même de la pathologie hépatique, se rendre compte que la fonction biliaire du foie était intacte et qu'il s'agissait d'une biligénie extrahépatique.

Il fallait aussi penser pathogéniquement, sortir de la conception trop étroite de la maladie spécifique due à une seule cause, toujours la même et ne réalisant que cette maladie. Il fallait s'habituer à penser qu'une même cause peut déterminer des manifestations cliniques diverses, et que des causes multiples peuvent entraîner le même effet; l'aptitude réactionnelle, la constitution de l'individu, l'idiosyncrasie étant en réalité la raison du type clinique de la maladie.

Pour acquérir, pour entretenir, pour développer cet esprit clinique moderne, il fallait introduire de plus en plus le

laboratoire dans la clinique, mais le mettre à sa place et toujours en garder le contrôle.

Il ne fallait pas se contenter de recueillir des observations, encore des observations en grand nombre, comme le voulait Trousseau, il fallait avoir la chance de tomber sur l'observation privilégiée, mais quand on l'avait, en tirer tout ce qu'elle pouvait donner, non plus attendre le symptôme, mais le provoquer.

Les observations de Widal et Lemierre, de Widal et Javal sont à ce point de vue des modèles et cette expérimentation sur le malade, à condition qu'elle soit inoffensive, c'est de la clinique, de la grande clinique au plus haut point.

L'esprit clinique apporté par Widal, nous le voyons, consiste à donner plus de place qu'autrefois à des méthodes d'investigation nouvelles, empruntées au laboratoire, mais aussi à reconnaître dans ces épreuves de laboratoire, celles qui ont une valeur primordiale.

Le sérodiagnostic, le cytodiagnostic, le dosage de l'urée sanguine, sont passés dans nos mœurs médicales, comme l'auscultation et la percussion, la prise régulière de la température, la recherche de la tension artérielle, l'examen radiologique.

Ce sont à l'heure actuelle des méthodes cliniques.

Le développement de plus en plus étendu de la science médicale nous oblige à établir d'autre part une hiérarchie dans nos méthodes d'investigation clinique. Nous ne pouvons plus, quelqu'intérêt qu'aient l'auscultation et la percussion, y donner tout le temps qu'y consacraient nos pères. Nous devons attribuer à la recherche du bacille, à l'examen radiologique, une place aussi importante.

Dans un cas où l'on soupçonne une fièvre typhoïde, tout en faisant un examen minutieux de l'état des organes, physique et fonctionnel, nous ne devons plus comme autrefois perdre un long temps à rechercher dans des détails de séméiologie un moyen de différencier la maladie d'avec une typhobacillose ou une granulie, mais faire l'hémoculture, le sérodiagnostic, la cuti-réaction, la radiographie thoracique, la recherche du bacille de Koch.

Mesdames et Messieurs, une œuvre est grande non seulement par les réalisations qu'elle a apportées, mais par les devenirs qu'elle a créés.

L'œuvre de Widal, contribuant à créer « l'esprit clinique moderne » en nous donnant de nouvelles habitudes de penser, n'a pas peu contribué au progrès non seulement du diagnostic, mais aussi de la thérapeutique.

Soulager et guérir est le but suprême de la médecine. Widal ne l'oubliait jamais. On ne saurait assez dire quels services il a rendus aux malades en montrant l'utilité du régime déchloruré et en mettant de l'ordre dans la thérapeutique des néphrites qui se bornait alors à la mise en œuvre du régime lacté.

En nous habituant à penser fonctionnellement, Widal a ouvert de nouveaux horizons à la thérapeutique. On n'insiste pas assez sur ce point.

La conception anatomo-pathologique des néphrites ne pouvait conduire qu'à l'abstention thérapeutique. Que faire d'utile si un organe est atteint dans son entier de lésions indélébiles telles que celles du gros rein blanc ou du petit rein rouge ?

Quelles ressources, au contraire, peut-on tirer du penser physiologique, de la notion qu'un organe a des fonctions multiples qui peuvent être dissociées au cours de la maladie, certaines étant seules perverties.

La fonction d'un organe n'utilise physiologiquement qu'une partie de cet organe; on ne respire que par une petite partie du poumon; on vit avec un seul rein, sans doute même avec une partie d'un seul rein. Il est rare que la maladie, contrairement à l'expérimentation sur l'animal, supprime toute la fonction d'un organe ; pendant longtemps, elle réduit seulement cette fonction, en diminue la quantité.

La thérapeutique moderne aura pour rôle de chercher à augmenter cette capacité fonctionnelle et tout au moins d'utiliser pour le mieux, ce qui persiste de fonction, et de la ménager.

En nous apprenant à penser physiologiquement, Widal nous aura donné des habitudes nouvelles en thérapeutique et les donnée apportées au sujet de la pathologie des néphrites nous n'aurons qu'à les étendre à la pathologie tout entière.

De même, en nous apprenant à penser pathogéniquement et non plus seulement étiologiquement, Widal nous aura fait faire un grand progrès en thérapeutique.

Widal a compris tout l'intérêt des travaux de Nolf sur la peptothérapie, des travaux de Besredka sur la skeptophylaxie et la désensibilisation. Il ne s'attardera pas aux méthodes de désensibilisation spécifique si difficiles à mettre en œuvre, mais donnera la préférence aux méthodes générales de protéinothérapie et de désensibilisation par le choc.

Il faut relire le très bel article écrit en collaboration avec Abrami et Brissaud, paru en 1921, dans la *Presse médicale*, intitulé « Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc colloïdoclasique » pour se rendre compte du rôle qu'il a joué dans l'orientation de la thérapeutique contemporaine.

Mesdames, Messieurs, j'espère vous avoir montré que Widal ne fut pas seulement un grand savant, mais un grand clinicien, un des instaurateurs de la science médicale moderne, je voudrais pour terminer cette étude l'évoquer en tant que professeur et rappeler la manière dont il a compris l'enseignement de la médecine.

Widal fut un grand pathologiste, de la lignée des Trousseau, des Dieulafoy; tout le monde est d'accord sur ce point. « Je ferai de mon mieux, disait-il aux étudiants dans sa leçon inaugurale du cours de pathologie interne, pour vous donner de chaque maladie une vision claire et précise et je m'efforcerai sans cesse de vous faire suivre le mouvement grandiose qui entraîne la médecine vers des destinées toujours plus élevées. Nul spectacle n'est mieux fait pour susciter en vous cet éveil qui, suivant la parole de Renan, est ce qui importe le plus dans l'éducation ».

Widal fut par excellence un excitateur de pensée; peu de médecins ont montré davantage la beauté et la grandeur de la médecine, peu ont eu plus d'influence sur la médecine de leur temps et à ce point de vue son nom s'associe à celui de Trousseau, dont les fameuses « Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu », parues en 1861, avaient été la bible de nombreuses générations de médecins.

Rien de plus différent, cependant, que la conception de l'enseignement médical que se sont faite Trousseau et Widal. Grand vulgarisateur d'idées, Trousseau qui donnait une très grande place à la séméiologie comptait plus sur le tact, le sens clinique, le flair médical, que sur les ressources que les sciences dites alors accessoires mettaient d'ailleurs bien parcimonieusement à la disposition du praticien.

Pour Trousseau, la médecine n'est pas une science, elle est un art, et il ajoute : « S'il appartient à toutes les intelligences d'acquérir la science, il n'appartient qu'à quelques-uns de devenir un artiste, c'est un don du ciel. »

Dans l'introduction qui précède sa Notice sur ses travaux scientifiques et qui parut en 1918, à l'appui de sa candidature à l'Académie des Sciences, Widal proclame au contraire qu'il a toujours été pénétré de cette pensée que la culture des sciences physiques et naturelles était la première des obligations pour le médecin qui veut s'adonner à la re-

cherche. Ces sciences, outre qu'elles lui ouvrent sans cesse des horizons nouveaux, lui fournissent des moyens d'investigation précis, des techniques réglées et des procédés de mesure qui lui permettent d'apporter la rigueur là où il n'y avait encore que de l'à peu près et de mettre des certitudes là où on ne recueillait que des impressions. C'est en appliquant les méthodes de ces sciences que la médecine devient elle-même une science.

Alors que Trousseau conseillait à l'étudiant de voir des malades, toujours des malades en se disant que les matériaux que l'on amasse même sans ordre et sans méthode sont pourtant d'excellents documents inutiles aujourd'hui, mais qu'on retrouvera plus tard enfouis dans les tiroirs de la mémoire, Widal estime que pour faire des progrès dans la connaissance, même pour apprendre la médecine, il suffit de quelques observations choisies qui vont être l'objet non pas seulement d'une étude attentive, mais d'une véritable expérimentation.

Cette étude complète de quelques cas minutieusement analysés, représentatifs, faite en utilisant et les méthodes anciennes de la séméiologie et les procédés d'observation scientifique les plus modernes — telle était la base de son enseignement clinique, chaque matin, dans ce service de Cochin où nous nous retrouvons aujourd'hui.

Cette véritable leçon clinique, faite au lit du malade, il la voulait profitable pour tous, pour les assistants, comme pour les étudiants de première année qui s'écrasaient dans les salles pour entendre sa parole.

Il ne pouvait admettre comme favorable à l'éveil de la vocation médicale, la méthode usitée presque partout à l'étranger qui consiste à consacrer les premières années de médecine à l'étude des sciences préparatoires et à ne laisser entrer l'étudiant à l'hôpital que lorsqu'il a déjà acquis tout son bagage scientifique essentiel.

Widal voulait que l'enseignement clinique qui a fait l'honneur de la médecine française, restât à la base des études médicales et que dès sa première année, après l'initiation du P. C. B. l'étudiant vécut de la vie médicale ou chirurgicale d'un grand service clinique, mais cet enseignement, il voulait que comme la clinique elle-même il fut rénové et que tout en gardant les qualités de la vieille médecine traditionnelle, la médecine moderne fut de plus en plus conçue dans un esprit biologique, s'appuyant sur toutes les données certaines de la science contemporaine.

Madame, mon cher Pierre, mes chers Collègues,

Voilà plusieurs semaines qu'à l'occasion de cet anniversaire, voulant synthétiser l'esprit clinique de mon vieil ami, j'ai dû m'imprégner à nouveau de toute son œuvre, relire articles et communications, dont les premières sont vieilles aujourd'hui d'un demi-siècle, et j'ai eu la joie de voir qu'à une époque comme la nôtre, où la science est en perpétuel remaniement, où nos doctrines vieillissent si vite, l'œuvre de Widal, étayée à la fois sur la science et la clinique traditionnelle, avait presque entièrement résisté à l'usure du temps.

L'œuvre était donc grande et forte, les directives qui en découlent ne pourront être que fertiles en nouveaux progrès.

Continuons donc à nous imprégner de cette œuvre, gardons fidèlement le souvenir du maître disparu, et ainsi faisant, nous ne ferons pas qu'accomplir un pieux devoir, mais nous contribuerons à servir notre jeune science médicale, dont Widal a été un des créateurs et des plus glorieux pionniers.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 5 décembre 1938

Sur l'action de la folliculine dans les transformations expérimentales des organismes mâles en intersexués ou en femelles. — M. Philippe Joyet-Lavergne.

Sur une électro-dialyse unipolaire du sérum sanguin. — M. Marcel Mazille.

Séance du 12 décembre 1938

Le comportement du virus de la fièvre jaune chez le moustique « Aëdes géniculatus ». — MM. E. Roubaud, J. Colas-Belcour et G. J. Stefanopoulo.

Sur les méthodes de production rapide et intensive des antitoxines diphtérique et tétanique chez le cheval. — M. Gaston Ramon.

De l'influence favorisant la croissance bactérienne par l'introduction préalable de vitamines B_1 et B_2 combinées à doses variées dans le milieu de culture. — MM. A. Sartory, J. Meyer et Dominique Schmutz.

Séance annuelle du 19 décembre 1938

Allocution de M. Aimé Cotton, président.

Prix décernés (voir *Gaz. des Hôp.* 1938. N° 102, p. 1638).

M. Alfred Lacroix, secrétaire perpétuel, fit une notice historique sur quatre botanistes, membres ou correspondants de l'Académie des Sciences, ayant travaillé pour la France d'outre-mer de la fin du siècle dernier à nos jours.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 23 novembre 1938

Des anastomoses bilio-digestives (en particulier la cholédocho-duodénostomie). — M. Finsterer (Vienne) ne croit pas au danger de l'angiocholite ascendante dans les anastomoses bilio-digestives. Il possède des cas opérés depuis 16 ans ; 35 ont été revus à longue échéance. Les radiographies après ingestion de liquide opaque ont montré l'existence d'une opacification des voies biliaires. Mais ce reflux prouve simplement la perméabilité de l'anastomose ; mais ce fait ne prouve pas que le contenu duodénal puisse refluer dans les voies biliaires.

M. Finsterer a fait 118 anastomoses bilio-digestives. Si on élimine les anastomoses pour cancer des voies biliaires, il reste 95 cas d'anastomoses pratiquées : 2 fois après résection du cholédoque, 5 fois pour sténose du cholédoque après cholécystectomie, 10 fois pour récidives après cholécystectomie, 10 fois pour pancréatite chronique, 1 fois pour kyste cholédocien et enfin 67 fois pour occlusion du cholédoque par calcul ou angiocholite suppurée. Lorsqu'il y a calcul enclavé de la papille et angiocholite, il estime que la cholédoco-duodénostomie est l'opération de choix. La mortalité n'excède pas 8,4 p. 100.

M. Lardennois se déclare fidèle à la cholédocostomie même dans les cas difficiles d'oblitération du cholédoque ; elle seule assure un drainage régulier de la voie biliaire.

M. Finsterer estime que les malades âgés supportent mal la déperdition de bile et par conséquent le drainage prolongé du cholédoque.

L'anastomose cholédoco-duodénale est techniquement fa-

cile en raison de la dilatation du cholédoque et de l'épaisseur de ses parois.

A propos du procès-verbal. — M. MATHIEU revient sur la communication de M. Sorrel et précise que la mortalité post-opératoire de sa statistique de résection arthroplastique de hanche n'est que de 6 p. 100.

A propos du traitement de la ptose gastrique. — M. AMELINE montre qu'on peut utiliser le ligament rond du foie pour fixer l'estomac ; il discute les indications de l'intervention chirurgicale.

Sur le procédé de gastrectomie avec section horizontale. — M. BERGERET le rejette et fort de son expérience personnelle (677 gastrectomies), reste fidèle au procédé Reichel-Polya-Finsterer. L'examen de ses opérés lui a montré que l'évacuation se faisait toujours rapidement en 20 ou 25 minutes et qu'il est absolument illusoire de chercher à constituer une sorte de sphincter au niveau de la bouche de gastro-entérostomie.

Présentation d'une attelle métallique, type Braun modifiée par M. de Willencourt. — M. BOPPE.

Fibrome de l'intestin grêle. — Présentation de micro-photographies. — M. PICOT.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1938

A propos des gangrènes cutanées post-opératoires. — M. BAUMGARTNER en a observé un cas chez un malade opéré d'abcès du poumon. M. Baumgartner fit une excision périphérique au bistouri électrique, mais la gangrène réapparut à la partie supérieure de la plaie et la gangrène atteignait les plans musculaires de la paroi thoracique et même le poumon qui était le siège également d'une atteinte gangréneuse.

Recherches expérimentales sur les embolies pulmonaires. — Conséquences thérapeutiques. — MM. VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et BARDIN. — Un premier fait expérimental indiscutable réside dans la constatation que des embolies de dimensions considérables ne déterminent pas d'accident grave, tandis que des embolies de fine dimension (particules de pierre ponce) lancées dans la circulation pulmonaire déclenchent les accidents graves observés dans l'embolie pulmonaire classique. L'effet de l'embolie varie d'ailleurs avec l'état neuro-végétatif de l'animal, un animal ayant reçu au préalable de l'yohimbine, ou en état d'acidose, résiste moins bien que l'animal témoin. La préparation par atropine et papavérine met l'animal en état de résistance vis-à-vis des accidents déclenchés par l'embolie.

Quant au mécanisme de la mort subite au cours des embolies il n'est pas univoque ; certains auteurs allemands tendant à admettre l'existence d'un réflexe déclenchant une anoxhénie de la circulation coronaire ; pour d'autres il s'agirait d'un réflexe au niveau de l'artère pulmonaire.

Un facteur ne doit pas être oublié : c'est le rôle mécanique de l'embolie déterminant l'oblitération. Les auteurs soulignent l'opposition qui existe entre la thérapeutique préventive et le traitement curatif ; expérimentalement le traitement préventif utilise des sympathycomimétiques (ephédrine, sympathol), des vagolytiques et des alcalins (le bicarbonate de Na se montre très actif à titre préventif). Les doses préventives utilisées sont énormes et doivent être répétées.

Quant au traitement curatif il vise à traiter chacun des troubles présentés par l'animal; contre la chute de tension artérielle on utilisera l'adrénaline, la papaverine luttera contre les troubles cardiaques; il y a intérêt semble-t-il à associer d'ailleurs différents médicaments.

Recherches expérimentales sur les embolies du poumon. — MM. BINET et BURSTEIN ont utilisé tout d'abord le poumon isolé et perfusé, et ont constaté un certain nombre de

faits importants : hypertension dans l'artère pulmonaire, diminution de la circulation intra-pulmonaire.

Sur l'animal entier, les auteurs ont étudié les réactions bronchiques ; la broncho-constriction est importante, manifeste et celle-ci disparaît lorsqu'on supprime physiologiquement ou chirurgicalement le pneumogastrique.

Embolies pulmonaires réelles ou supposées. — MM. Ameuille, J. Fauvet et A. Monsaingeon estiment que l'embolie pulmonaire est avant tout un fait anatomique et qu'il est nécessaire de justifier que certains troubles cliniques qui lui sont attribués sont anatomiquement en rapport avec une embolie pulmonaire.

En utilisant un procédé d'injection de gélatine colorée, les auteurs ont étudié les artères pulmonaires de sujets dont la mort était attribuée à une embolie. Dans la moitié des cas ils n'ont pas trouvé d'embolie anatomique et dans les cas où celle-ci existait elle paraissait aucienne, antérieure de plusieurs jours aux accidents cliniques foudroyants qui avaient déterminé la mort.

A côté des embolies pulmonaires à symptômes classiques, il existe donc des embolies pulmonaires latentes, des embolies pulmonaires à manifestations cliniques retardées, enfin des syndromes d'embolie sans embolie anatomique.

Ces faits doivent inciter à une grande prudence dans l'interprétation des résultats thérapeutiques.

Résection de la rotule pour fracture ouverte de cet os. Etude du résultat fonctionnel. — M. Mialaret.

M. Basset rapporte cette observation.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÉSISTANCE OU CONCESSIONS

Les Assurances Sociales ont été établies par le législateur et acceptées par le Corps Médical sous le signe du libre choix et de l'entente directe.

Mais les Caisses ne l'entendent pas ainsi et elles s'efforcent de supprimer cette dernière.

Une offensive fut menée en 1934 ; des débats se poursuivirent pendant des mois, les Caisses menaçant de ne pas signer de convention si les médecins n'acceptaient pas une diminution des honoraires minima.

Les délégués médicaux de la Seine tinrent bon : cela se passait à la commission des Huit et les délégués confédéraux les poussaient à céder.

Le 5 février 1935, le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine votait à l'unanimité une résolution maintenant le droit des médecins de fixer librement eux-mêmes le taux de leurs honoraires minima.

Le 9 février, il était annoncé à la Fédération des syndicats médicaux de la Seine que la question des honoraires syndicaux minima était éliminée des pourparlers.

Le 9 avril, était signée la nouvelle convention qui maintenait l'entente directe.

Le 23 février 1938, paraissait la circulaire 87 de la Confédération qui engageait les syndicats départementaux à accepter les conditions d'un accord Caisses-Confédération : cet accord comprenait, entre autres choses, une liaison entre les honoraires et le tarif de responsabilité des Caisses, l'institution, en pratique, d'un tarif limitatif et l'indication des honoraires sur la feuille de maladie. Cette acceptation était une condition du relèvement du tarif de responsabilité des Caisses.

Le syndicat des médecins de la Seine repoussa l'accord et cependant, le 1er mai, les Caisses procédaient à un premier relèvement de leur tarif de responsabilité.

Actuellement, ce même syndicat a pris nettement position contre tout tarif limitatif. Or, les Caisses viennent de porter leur tarif de responsabilité pour les médecins praticiens au maximum prévu, soit à 22 fr. 50.

Il y a lieu de noter que quelques syndicats départementaux avaient cru devoir s'incliner et accepter les dispositions de l'accord Caisses-Confédération : aucune Caisse correspondante n'a élevé à ce niveau de 22 fr. 50 son tarif de responsabilité !

Il vaut donc mieux pratiquer une politique de résistance qu'une politique de concessions.

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Tuberculose et médecine sociale, par Etienne Bernard. Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de la Salpêtrière. Préface du Professeur F. Bezançon. Un volume de 160 pages, avec 4 figures, 36 fr. Masson, éd. Paris.

Existe-t-il un médecin, même non spécialisé en phtisiologie, qui puisse se dire indifférent au problème médico-social de la tuberculose? La lutte antituberculeuse est devenue depuis vingt ans en France une grande œuvre nationale. Une maladie qui, malgré un recul déjà remarquable, cause encore chaque année la mort de 70 à 80.000 Français, jeunes pour la plupart, justifie tous les efforts.

L'auteur dresse le tableau de ce fléau social et montre comment la Médecine sociale, par son développement, peut faire bénéficier toutes les collectivités des bienfaits de l'assistance et des progrès de la science.

Mais malgré les ressources de la thérapeutique, le pronostic de la tuberculose pulmonaire reste encore fatal dans la moitié des cas. Aussi l'auteur donne-t-il une place prépondérante à tous les problèmes de la prophylaxie, notamment dans les collectivités d'enfants, chez les étudiants, chez les femmes jeunes, chez les transplantés.

La lutte doit s'orienter de plus en plus vers une prophylaxie de groupements systématiquement surveillés : Dépistage précoce des lésions insoupçonnées grâce aux examens radiologiques en série et son corollaire : le traitement précoce. Diagnostic de la primo-infection grâce aux cuti-réactions tuberculiniques largement répandues et fréquemment répétées et son corollaire : la convalescence de cette primo-infection, même si elle ne s'accompagne pas de phénomèns morbides flagrants.

L'auteur expose l'important développement de l'armement antituberculeux français groupé autour des dispensaires de prophylaxie. Il montre aussi dans quel sens doivent s'orienter les nouveaux efforts : d'une part, lutte contre l'ignorance, le taudis, la sous-alimentation ; d'autre part, envoi rapide des tuberculeux en stations de cure, accroissement des préventoriums de plaine et de montagne, réadaptation au travail et assistance post-sanatoriale.

Une vive lumière est projetée sur tous ces problèmes abordés sous la double face de la clinique phtisiologique et de la maladie sociale.

Quel est l'avenir de la tuberculose? Quel est dans cette destinée le rôle de la Nature, celui de la Société, celui de la Médecine? Tous ceux que préoccupent ces questions trouveront des réponses dans cet ouvrage où M. Etienne Bernard met au service d'une rare documentation la clarté d'exposition qui est le propre de son enseignement. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE

La F. I. D. peut être le siège d'abcès relevant de toutes les étiologies, affectant des organes très divers, revêtant toutes les modalités évolutives.

DEBUT. — On peut être amené à en poser le diagnostic dans diverses conditions :

— Tantôt pour des S. G. de suppuration : fièvre, accélération du pouls, associés à des symptômes attirant l'attention vers la fose iliaque : douleur, tuméfaction.

— Tantôt leur découverte est le résultat d'un examen systématique quand on en craint l'apparition (appendicite, mal de Pott).

ETAT. — A) *S. Ph.* :

1° *Inspection.*

a) *Tuméfaction* :

— Le plus souvent inexistante.

— Parfois visible à jour frisant en comparant avec le côté opposé.

b) *Signes inflammatoires* assez rares : peau rouge et tendue, pouvant s'observer dans les abcès de la paroi ou tendant à s'ouvrir superficiellement.

2° *Palpation.*

a) *Un empâtement* diffus de la fosse iliaque.

b) *Perception d'une masse* profonde, mieux sentie en faisant plier la cuisse pour relâcher la paroi, contracter le psoas pour avoir un point d'appui.

Préciser les caractères de cette masse :

— Douloureuse ou non.

— Ses contours : dessiner sur la paroi.

— Ses connexions : mobilité ou fixité par rapport aux parois antérieure et postérieure.

c) *Pas de masse*, mais un plastron de péritonite localisée. Surveillance quotidienne pour déceler :

La poussée thermique ; le point ramolli et exquisément douloureux, qui annoncent la collection de l'abcès.

3° *Toucher* vaginal et rectal, permet :

— De retrouver la masse douloureuse à bout de doigts dans le cul-de-sac droit.

— De rechercher les connexions avec l'utérus et les annexes.

B) *S. F. et G.*

1° *Abcès chaud* :

— Fièvre variable, pouls en rapport.

— Tantôt état grave, avec amaigrissement, teint terreux, déshydratation.

— Tantôt simple état subfébrile.

— Constipation pouvant aller jusqu'au véritable iléus paralytique. Quand la diarrhée apparaît, elle doit faire penser à l'imminence d'une ouverture dans le tube digestif.

— Formule sanguine : leucocytose à 15.000-20.000 avec polynucléose neutrophile.

2° *Abcès froid* :

— Fièvre légère, quelques douleurs vagues.

— Souvent rien.

EVOLUTION. — Spontané.

— Pour les abcès chauds, ouverture :

— En péritoine libre : péritonite généralisée.

— Dans un viscère creux : cœcum, iléon, vessie.

— Exceptionnellement à la peau.

— Pour les abcès froids, fistulisation :

— Dans un viscère.

— A la peau : de la fosse iliaque, de la fesse, du triangle de Scarpa.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL. — 1° Eliminer les autres tumeurs de la F. I. D. :

— Appendicite à forme tumorale.

— Cancer du cœcum.

— Boudin d'invagination iléo-cœcale.

— Tuberculose iléo-cœcale hypertrophique.

— Tumeur de l'aile iliaque.

2° En cas de plastron, savoir reconnaître l'existence d'un abcès et l'évacuer avant son ouverture dans le péritoine.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE. — Point capital du diagnostic.

I. *Abcès chaud.*

1° *Appendicite.* C'est la cause la plus fréquente.

a) *Résultat de l'évolution d'un plastron.*

Crise appendiculaire non opérée.

Plastron de péritonite plastique.

Développement d'un abcès à inciser, suivant l'endroit où il bombe :

— Par voie antérieure, avec appendicectomie si l'appendice se présente.

— Par rectotomie, rarement colpotomie.

b) *Sans plastron*, découverte opératoire au cours d'une appendicectomie à chaud.

c) *Abcès résiduel* après appendicectomie. Appendicite difficile ou accompagnée de péritonite. On a drainé. Quelques jours après, apparition d'un abcès qui peut être à l'origine d'un phlegmon pyo-stercoral.

2° *Origine génitale.*

a) *Annexite suppurée* :

— Soit pyosalpinx.

— Soit poche de péritonite enkystée : au T.V. tout le petit bassin est bloqué.

— Parfois abcès commun génito-appendiculaire.

b) *Phlegmon au ligament large* :

— Plastron bas situé.

— Au T. V. masse ilio-plevienne sentie à bout de doigt.

— S'ouvrirait à la peau soit dans la F. I., soit à l'orifice externe du canal inguinal ; jamais dans le péritoine.

c) *Kyste de l'ovaire suppuré.*

3° *Origine cœcale* :

a) Pérityphlite suppurée.

b) Abcès de cancer du cœcum infecté.

4° *Origine pariétale* :

a) Antérieure : abcès de la paroi après plaie, piqûre ou intervention.

b) Postérieure : c'est l'ilio-psoïte suppurée, grave en raison de la vaste poche formée par le fascia iliaca.

II. *Abcès froid.*

1° *Mal de Pott* dorso-lombaire. Abcès fusé dans la gaine du psoas. A ponctionner en dedans de l'épine iliaque pour éviter la fistulisation au Scarpa.

2° *Tuberculose iléo-cœcale* : abcès perdu dans la gangue péricœcale.

3° *Abcès de péritonite* tuberculeuse enkystée :

— Soit ulcéro-caséeuse.

— Soit abcès résiduel dans une péritonite fibreuse.

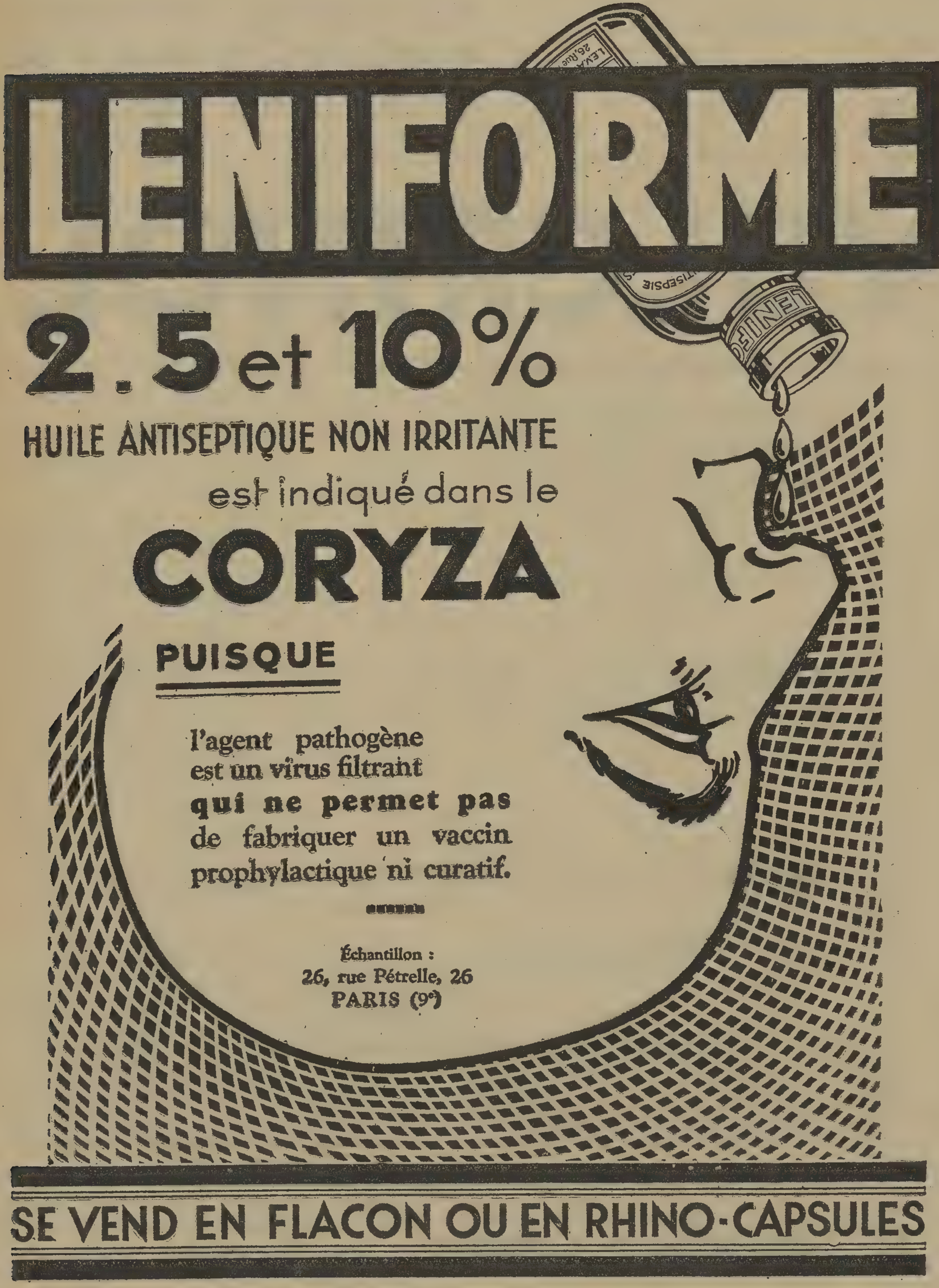
4° *Enfin*, abcès froid d'origine iliaque ou abcès antérieur de sacro-coxalgie, diagnostics confirmés par la radiographie.

En somme, les abcès de la F.I.D. ne forment pas une entité anatomique ni clinique. Mais la fréquence des abcès dans une région où de nombreux organes peuvent être en cause pose des diagnostics, difficiles parfois, importants à poser pour le traitement.

PIERRE SAGAUT.

Le directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N° 8. — SAMEDI 28 JANVIER 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Maladie de Simmonds, par M. J. RAVOIRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie de médecine.

CHRONIQUE.
Leçon inaugurale du Professeur H. Mondor, par M. P. LANCE.

CONGRÈS.
Congrès de l'Alimentation.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Le concours de l'internat en médecine de Brévannes, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye et Garches* s'ouvrira le vendredi 14 avril 1939 à neuf heures dans la salle des concours rue d'Arcole, n° 2.

Inscriptions à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé) du 10 au 20 mars 1939 inclus, de quatorze à dix-sept heures.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Le poste d'adjoint au chef de service de la Maternité est à pourvoir.

Un concours sur titres est ouvert à cet effet. Les candidats pourront déposer leur demande d'inscription et leur dossier au bureau de la Direction tous les jours, sauf le jeudi et le dimanche, de 10 h. 30 à 12 heures.

Le registre des inscriptions est ouvert jusqu'au 15 février 1939, 66, rue des Plantes, Paris (XVe).

Faculté de Médecine de Paris. — *Examens de 1re et 2e années N. R. 1939.* — 1re année : L'épreuve écrite d'anatomie aura lieu les 24 et 25 février 1939. 2e année : L'épreuve pratique d'anatomie aura lieu le 17 février 1939. L'épreuve écrite d'anatomie (dans le cas où celle-ci sortirait au tirage) aura lieu le 23 février 1939.

Faculté de Médecine de Lyon. — Le Prix de la Fondation Chauveau (section médicale 1938) a été attribué à M. Jourdan, chef des travaux de physiologie à la Faculté.

Le Prix Chauveau sera distribué en 1939 par la Section Vétérinaire pour venir en aide à une infortune sociale de la profession vétérinaire.

Les candidatures seront reçues jusqu'au 20 octobre 1939 au Secrétariat de l'École nationale Vétérinaire, 2, quai Chauveau, à Lyon.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Benoit, agrégé, est nommé professeur d'histologie et embryologie.

— Le titre de professeur sans chaire est conféré à MM. Ribet et Houel, agrégés pérennisés près la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'Alger.

Académie de chirurgie. — *Prix accordés en* 1938.

Prix Edouard Laborie, annuel. — 1.200 fr. M. N.-G. Tsoutis (Athènes), pour son travail intitulé : Le décollement pleuro-pariétal dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Prix Dubreuil, annuel. — 400 fr. M. Georges Rieunau (Toulouse), pour son travail intitulé : Les plâtres à extension.

Prix Chupin, biennal. — 1.400 fr. M. André J.-M. Goumain (Bordeaux), pour son travail intitulé : La transfusion sanguine en temps de guerre (Méthodes, techniques, projet d'organisation).

Prix des élèves du docteur E. Rochard, triennal. — 10.000 fr. M. Jacques Varangot (Paris), pour l'ensemble de ses travaux sur les tumeurs de l'ovaire.

Prix Le Dentu, annuel. — Ce prix sera décerné, suivant le désir du testateur, à l'interne en chirurgie qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (Chirurgie).

Les prix *Duval-Marjolin* et *Aimé Guinard* ne sont pas décernés.

École de Médecine de Grenoble. — M. le docteur Latreille, professeur d'histologie, est chargé en outre du cours de clinique chirurgicale infantile.

École de Médecine de Limoges. — M. le docteur Charruyer est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie et toxicologie en remplacement de M. Garraud, décédé.

École de Médecine de Rouen. — M. Durand, professeur au lycée de Rouen, est chargé du cours de physique médicale à l'École de Médecine.

Conseil supérieur de l'Instruction Publique. — Le conseil est convoqué en session ordinaire le lundi 6 février 1939. La session durera quatre jours.

Université Libre de Bruxelles. — Au mois de juin sera inauguré l'Institut d'Hygiène et de Médecine sociale, où professeront MM. O. Gengou (hygiène), Fernand Héger (médecine légale), René Sand (médecine sociale) et Maurice De (Laet physio-pathologie du travail).

Université de Rome. — M. le professeur Raffaele Paolucci, le brillant professeur de l'Université de Bologne, nommé récemment à la Faculté de Médecine de Rome, a pris possession récemment de la chaire de clinique chirurgicale où il succède au professeur Roberto Alessandri, atteint par la limite d'âge.

Université de Francfort-sur-le-Mein. — Le professeur Franz Volhard, titulaire de la chaire de clinique médicale, prend sa retraite, atteint par la limite d'âge. Ses travaux sur la pathologie digestive, la fonction rénale et l'hypertension resteront classiques.

Nouveaux journaux espagnols. — Depuis la fin de l'année 1938, la presse médicale espagnole a vu apparaître en Espagne nationaliste un certain nombre de journaux de médecine.

La *Semana Medica Española*, publiée par notre éminent confrère et ami Cortezo, succède au *Siglo Medico*, publié par son illustre père, puis sont venues la *Revista de Sanidad e Higiene Publica*, la *Revista Española de Medicina y Cirurgia de Guerra*, la *Revista de Medicina y Cirurgia* et la *Medicina Española*.

— A Barcelone est publiée la *Revista de Sanidad de Guerra*.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR H. MONDOR

Le 20 janvier, le professeur H. Mondor a fait la leçon inaugurale de son cours de Pathologie Externe.

Dès cinq heures, le grand amphithéâtre de la Faculté présentait un encombrement inhabituel et très vite se remplissait d'une foule élégante... parfumée, et quelque peu serrée... au milieu de laquelle on pouvait entrevoir les représentants les plus marquants, non seulement de la médecine, mais de la littérature, des arts ou de la politique. Et c'est avec difficulté qu'à six heures le professeur Mondor se fraye un passage à travers ceux qui n'ont pu trouver place sur les gradins.

En termes choisis, le doyen Tiffeneau accueille le nouveau professeur et rappelle avec quelle unanimité le Conseil de la Faculté a désigné le professeur Mondor pour occuper cette chaire, l'une des plus anciennes de la Faculté.

Suivant la tradition, le professeur Mondor commence par remercier ceux qui ont patronné sa candidature, le recteur Roussy, le professeur Tiffeneau et le professeur Grégoire, auquel il témoigne en un vibrant hommage la double reconnaissance de l'opéré et du candidat.

S'adressant ensuite aux étudiants, il montre la grandeur de l'enseignement tel qu'il doit être compris, échange incessant entre celui qui apprend et celui qui écoute, échange qui ne saurait être pleinement fructueux s'il ne comporte certaines directives que dégage l'orateur en quelques formules lapidaires : « Apprenez à vous reposer d'un travail par un autre... Préférez une vie dirigée dans les voies de l'esprit et passionnée pour la vérité... »

Evoquant ensuite ses propres années d'études, M. Mondor ne se découvre aucune inclination de jeunesse pour « la vivisection ou l'ébénisterie » qui puisse expliquer sa vocation de chirurgien. Mais à ceux qui la dirigèrent, il va rendre alors un hommage éclatant où, derrière le miroitement magique des phrases et des mots, on sentait passer le souffle d'une grande reconnaissance et d'une affection profonde.

Tour à tour émouvant et satirique, le professeur Mondor fait défiler devant son auditoire ébloui l'image de Poirier, grand anatomiste et « lion du Boulevard » entouré d'assistants éminents, le professeur Cunéo, MM. Okinczyc, Chifoliau, Lardennois, Baumgartner, les figures de Souligoux Walther, du professeur J.-L. Faure, du professeur Hartmann, profeseur redouté, peut-être, mais à coup sûr un « bel ambassadeur de science et de conscience ». Enfin, avec des accents d'une piété filiale, il refait pour la seconde fois l'éloge de Paul Lecène, dont il fut l'assistant pendant vingt ans et dont on peut dire avec la certitude que donne, hélas! le recul du temps, qu'il fut un « grand homme ».

De ce « remerciement », on ne saurait rendre le style coloré, animé, aux expressions toujours heureuses, dont le choix n'interrompt pas l'élan naturel de la pensée et qui évoquerait cette définition donnée par J. Lemaître d'un de nos grands écrivains, lui aussi magicien du style : « C'est un cerveau lumineux pétri d'idées et dont les images sortent en bourdonnant comme des abeilles d'or ».

P. LANCE.

Défense passive. — Un arrêté, publié au *Journal officiel* du 15 janvier, fixe l'organisation et la composition de la commission supérieure de défense passive qui assiste le ministre de la Défense nationale et de la Guerre, dans la préparation de la défense passive.

La commission supérieure de la défense passive est présidée par la ministre de la Défense nationale, assisté de trois vice-présidents :

Le président de la section permanente de la commission supérieure de la défense passive ; deux vice-présidents désignés annuellement par arrêté du ministre de la Défense nationale, l'un parmi les membres du Parlement, l'autre parmi les représentants des collectivités publiques locales et faisant, l'un et l'autre, partie de la commission supérieure de la défense passive.

La commission comprend des représentants des corps élus, des administrations centrales ; de l'administration régionale et de la région parisienne.

REVUE GENERALE

MALADIE DE SIMMONDS

Par M. J. RAVOIRE
Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Montpellier

La cachexie hypophysaire décrite pour la première fois par Simmonds est caractérisée essentiellement par un amaigrissement et un état d'asthénie qui aboutissent à la longue à une véritable cachexie. Ces manifestations sont liées à une déficience des fonctions du lobe antérieur de l'hypophyse.

HISTORIQUE. — Fornarek en 1909, Falta en 1913 avaient déjà signalé des cas rappelant d'assez loin la cachexie hypophysaire, mais l'affection est décrite pour la première fois, en 1914, par Simmonds, de Hambourg, qui, à l'occasion de deux nouvelles observations complètera, en 1918, sa première description. Simmonds trouve à l'autopsie de ses trois malades une destruction totale de l'hypophyse.

Fraenkel précise que les lésions siègent surtout sur le lobe antérieur de l'organe. Simmonds se rallie à cette opinion, ainsi que Reye, à qui sont dus les premiers essais opothérapiques. Signalons ensuite les observations de Budde (1920), de Feit, de Lichtwitz, de Fahr qui étudient l'étiologie de la maladie dont Bolsi achève la description clinique. Hallion, Urechia en recherchent la pathogénie ainsi que Camus et Roussy, Houssay, Smith qui met en valeur la cachexie expérimentale du rat.

A partir de 1928 les premiers travaux marquants sont ceux de Reiche, de Pribram, de Zondek. En 1930 Boenheim et Heimann réunissent six cas de cachexie hypophysaire.

Des études plus récentes permettent d'intégrer définitivement la maladie de Simmonds dans le cadre des insuffisances glandulaires. Citons parmi tant d'autres, les noms de Lhermitte, Lereboullet, Fiessinger, Loeper, Belaiche, May et Robert, Bickel, Cornil, de Gennes et Paingault.

ETIOLOGIE. — La cachexie hypophysaire est une affection très rare : en 1926, Robert dénombre seulement 78 cas authentiques, la plupart observés en Amérique et en Allemagne.

Sa fréquence s'est accrue avec la notion de formes atténuées. L'affection survient de préférence chez la femme : 61 femmes pour 17 hommes (Robert). Elle apparaît à une période de l'existence qui nécessite une véritable suractivité fonctionnelle de la glande, aussi s'agit-il presque toujours de femmes adultes.

Les circonstances d'apparition, souvent mal élucidées sont très variées : grossesses multiples ou compliquées (Simmonds), syphilis (Fert, Lichtwitz), tuberculose (Schneder), cancer (Budde), traumastisme (Frazier, Aubry), fièvre parathyphoïde (de Gennes), etc. Il faut noter enfin la possibilité de cas familiaux (Boenheim).

DESCRIPTION CLINIQUE. — Début. — Le début de la maladie de Simmonds est particulièrement imprécis et insidieux.

Le plus souvent sans cause apparente, sans « point de départ » nettement individualisé surviennent un amaigrissement progressif, une sensation croissante d'asthénie, une céphalée tenace (Boenheim et Heimann) une somnolence invincible (Micremer) que rien n'explique. Chez la femme la cessation imprévue des règles attire seule l'attention. Au demeurant, les symptômes initiaux, aussi divers qu'est variable l'étiologie, échappent à toute description d'ensemble.

Période d'état. — Elle est essentiellement caractérisée par l'amaigrissement et l'asthénie, par des symptômes génitaux et par des troubles des phanères. D'une façon plus ou moins constante se surajoutent des symptômes accessoires.

L'amaigrissement est, à ce stade, le principal symptôme. Il intéresse toutes les masses musculaires, toutes les parties du corps. La perte de poids, plus ou moins rapide, atteint en moyenne 1 kg par mois (Bickel). Certains malades perdent ainsi les 2/3 de leur poids initial : Zondek et Kohler signalent un amaigrissement de 25 kgs en 2 ans. Loeper cite le cas d'une jeune fille dont le poids était descendu à 24 kgs; Simmonds celui d'une malade qui perdit 51 kgs.

Dans les cas extrêmes cet amaigrissement s'accompagne de microsplanchnie (réduction du volume des viscères), d'acromicrie (diminution de volume des extrémités). Il s'associe à l'infantilisme lorsque la maladie survient avant la puberté : Bickel observa chez un enfant de 8 ans un arrêt total de la croissance. L'émaciation peut être exceptionnellement masquée en partie par des oedèmes déclives (Paingault) et même par une adipose localisée à l'abdomen (Reye).

Fait remarquable, *l'asthénie*, corollaire habituel de tout amaigrissement rapide ou prononcé est longue à survenir et ne suit pas une évolution parallèle. Tel sujet très amaigri peut encore effectuer certains travaux pénibles et émerveiller son entourage par ses exploits sportifs.

Mais à la longue l'asthénie apparaît ou s'accentue. Le malade craint une fatigue trop facile; pour lui tout mouvement est un effort. Survient un jour où la station debout n'est plus possible : la cachexie est réalisée.

Les *troubles génitaux* sont constants et plus marqués chez la femme : l'aménorrhée précède parfois de plusieurs années le début réel de la maladie. Les grossesses sont prématurément interrompues lorsqu'elles peuvent se produire, les ovaires et l'utérus s'atrophient. L'atrophie mammaire est de constatation fréquente.

Chez l'homme on observe l'atrophie des testicules, de la prostate et des glandes séminales, l'impuissance, l'extinction du désir sexuel (Lichtwitz).

Les *troubles des phanères* font classiquement partie du tableau clinique. Les cheveux blanchissent et tombent, la barbe, les sourcils et les cils se raréfient, les ongles deviennent cassants. La peau, amincie, pâle ou jaunâtre, est parfois au contraire hyperpigmentée aux aisselles et à l'abdomen (Alder, Budde). Les téguments deviennent particulièrement vulnérables, les plaies prennent facilement une allure torpide (Bickel).

Les dents se déchaussent et tombent sans carie (Paingault), le maxillaire inférieur s'atrophie (Heimann, Bolsi, Zondek). L'aspect du malade est alors frappant : « Entre les arcades zygomatiques et la mâchoire inférieure atrophiée, les téguments s'enfoncent comme

chez les enfants qui s'amusent par des mouvements de succion à aspirer leurs joues. » (Parturier).

Cette transformation peut être rapidement réalisée : dans le cas de Knoll, un jeune homme d'une vingtaine d'années prit en quelques semaines un aspect sénile typique.

Les *manifestations digestives* ne manquent presque jamais dans les observations. Il s'agit surtout d'une anorexie invincible, élective d'abord pour certains aliments, puis globale. Les tentatives d'alimentation forcée ne produisent que nausées ou vomissements et l'on est bientôt obligé de les abandonner.

L'apparition de douleurs épigastriques et vésiculaires a pu égarer le diagnostic et imposer la laparotomie exploratrice (Merz), Heimann, Schereschewsky ont aussi signalé l'hypochlorhydrie ou l'achlorhydrie totale, la diarrhée ou la constipation.

Les *troubles nerveux* sont assez fréquemment notés, principalement les troubles psychiques. D'apparition capricieuse ils consistent surtout en modifications du caractère (Bickel) : irritabilité, apathie ou tristesse, idéation lente, somnolence, troubles démentiels même. D'autres symptômes nerveux ont été signalés : vertiges, crises convulsives, chorée (de Gennes, Delarue et Rogé), hypertension du liquide céphalo-rachidien, hydrocéphalie.

La participation de *l'appareil cardio-vasculaire* se traduit par un ralentissement du pouls qui reste régulier et par une hypotension artérielle.

Cette bradycardie qui traduirait pour May et Robert l'hypo-sympathicotonie de l'insuffisance hypophysaire atteint 40 à 50 pulsations à la minute. La tension artérielle très abaissée présente une grande labilité à la suite d'un effort, d'une fatigue (Broustel et Savic). Cette hypotension est un des arguments de Cushing et Eskil Kylin en faveur de leur théorie hypophysaire de l'hypotension artérielle car elle réalise un syndrome humoral inverse (hypoglycémie, abaissement du métabolisme de base) de celui des hypertendus.

La cyanose de la face, des lèvres et des extrémités n'est pas rare.

Le fonctionnement du *rein* est parfois troublé comme l'indique l'épreuve de Volhard. Zondek a décrit une forme avec rétention hydro-chlorurée. Von Monakoff a signalé chez un malade l'existence d'une néphrite, Parturier la possibilité d'une néphrose lipoïdique.

La maladie de Simmonds peut être associée à d'autres *symptômes hypophysaires :* diabète insipide (Denjeau), nanisme, acromégalie qui a pu procéder l'apparition de la maladie (Knauer). Plus fréquents sont les autres troubles endocriniens associés et un examen clinique attentif les retrouve facilement : troubles thyroïdiens, telle la frilosité ; parathyroïdien, telles les crises de tétanie ; surrénaliens, telle la pigmentation, etc...

La *fièvre* est rare, la température étant au contraire abaissée dans la plupart des cas (Reye, Simmonds).

L'examen radiologique fournit des données intéressantes mais inconstantes. Les clichés radiographiques montrent d'après Paingault soit un élargissement de la selle turcique avec apophyses clinoïdes déformées, soit une diminution des diamètres avec image d'atrophie, soit enfin des taches sombres sur une selle turcique d'apparence normale.

Le métabolisme basal est constamment abaissé, parfois dans de fortes proportions (40 pour cent).

Le taux de la *glycémie* est également diminué : il atteignait à peine 0 gr. 50 dans un cas de Snechier. Les malades présentent d'ailleurs à tous les hypoglycémiants une très grande sensibilité qui contre-indique chez eux l'emploi de l'insuline (May et Robert). Le test de Claude, Porak et Baudouin montre une absence de glycosurie après ingestion de 150 grammes d'hydrates de carbone et injection d'extrait hypophysaire.

Le taux de la *calcémie* est bas.

L'action dynamique spécifique des albumines, épreuve ainsi dénommée par Ribner à la suite des travaux de Kestner est très affaiblie (Knipping).

La *formule sanguine* est celle d'une anémie générale hypochrome (Bickel) entre 3 et 4 millions de globules rouges; avec hypoleucocytose et parfois éosinophilie autour de 5 pour cent (Reye, Simmonds). Abel et Kissel ont signalé un cas exceptionnel de polyglobulie suivi d'anémie.

La *vitesse de sédimentation globulaire* est très ralentie, aucune affection n'ayant réalisé de valeurs aussi basses (Bickel).

Les réactions de Reid Hunt, d'Asheim et Zondek, le test d'Aron, l'épreuve des mélanophores de Zondek, l'interférométrie encore peu utilisés dans la cachexie hypophysaire, sont appelés dans l'avenir à fournir des indications intéressantes.

FORMES CLINIQUES. — Elles pourraient être multipliées à l'infini, les circonstances étiologiques, la précocité d'apparition ou la prépondérance de tel ou tel symptôme imprimant à la maladie dans chaque cas particulier un cachet spécial. Signalons cependant les formes digestives, psychiques, circulatoires, myasthéniques (Harold, E. Simon), les formes associées au diabète insipide, à des signes de tumeur infundibulo-tubérienne, les formes avec hydrocéphalie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le fait dominant est une atrophie de l'hypophyse prédominant sur le lobe antérieur. Simmonds l'avait observée lors de ses premières observations et depuis, de nombreuses autopsies en ont confirmé la réalité. La glande ne pèse plus que vingt à trente centigrammes. Cette réduction de volume est consécutive à une nécrose ou plus souvent à une transformation fibreuse de l'organe. De la capsule épaissie se détachent des travées enserrant des cellules parenchymateuses petites et atrophiées. Il s'agit d'une atteinte élective ou prédominante, tantôt des cellules basophiles, tantôt des éosinophiles (Silver).

Les symptômes cliniques ont souvent un substratum anatomique plus précis : kyste, cancer, gomme syphilitique. D'après Robert, sur 40 cas où l'examen histologique fut pratiqué on constata : 25 atrophies simples du lobe antérieur, 5 adénomes, 2 néoplasmes, 3 scléroses diffuses de nature inflammatoire dont l'une de nature tuberculeuse, 2 séquelles de traumatismes craniens.

L'examen anatomique est parfois entièrement négatif. De Gennes, Delarue et Rogé, dans un cas récent ont noté une absence quasi totale de lésion histologique de l'hypophyse et de la région infundibulo-tubérienne.

Par contre les ilôts de Langerhans du pancréas étaient anormalement développés. Rares d'ailleurs sont les cas où les autres glandes endocrines (surtout les glandes génitales, la thyroïde et la surrénale) ne sont pas intéressées, leur atteinte se révélant par un processus atrophique.

Les autres viscères ne présentent aucune anomalie digne d'être retenue.

PATHOGENIE. — La maladie de Simmonds correspond classiquement à une insuffisance du lobe antérieur de l'hypophyse « réalisée jusqu'à ses limites extrêmes ». Simmonds trouvait la raison de cette atteinte dans l'irrigation différente des diverses parties de la glande.

Zondek a soulevé la question de l'intervention possible de causes diencéphaliques, aussi propose-t-il de remplacer le nom de cachexie hypophysaire par celui de cachexie cérébro-hypophysaire qui traduirait mieux le point de départ de l'affection. Expérimentalement Paulesco et Cushing ont réussi à créer chez le chien une cachexie hypophysaire par ablation totale de la glande. Ascoli et Ligani pratiquant chez l'animal la même intervention ont observé à leur tour un retard de développement avec état cachectique.

Camus et Roussy dès 1914 opposent à ces constatations expérimentales qu'une partie des symptômes observés provient de la destruction involontaire du tissu infundibulo-tubérien lors de l'intervention. En 1922, Bailer et Brenner montrent que les lésions de l'hypothalamus du chien sont en effet susceptibles de provoquer l'apparition d'une atrophie génitale avec polyurie, puis d'une cachexie véritable. La théorie infundibulo-tubérienne paraît gagner du terrain. Mais en 1927 Smith fait connaître le résultat de ses expériences. Après avoir enlevé très patiemment et très minutieusement le seul lobe antérieur de l'hypophyse il observe chez l'animal une cachexie progressive. La question est aujourd'hui jugée par les excellents résultats thérapeutiques obtenus grâce à l'emploi de l'extrait hypophysaire antérieur.

A l'heure actuelle, ce que nous connaissons du rôle complexe de cette petite glande qui nous ménage encore bien des surprises, doit nous faire interpréter avec Lichtwitz, la maladie de Simmonds plutôt comme un syndrome polyglandulaire. Tout nous prouve cependant que dans ce syndrome c'est encore au lobe antérieur de l'hypophyse que revient la plus grande part. La glande reste encore « chef de file » à l'état pathologique comme à l'état normal. Cette notion est corroborée par l'individualisation par Cushing d'un syndrome polyglandulaire « en quelque sorte inverse » (Lichtwitz).

Dès lors nous paraît plus claire l'insuffisance fonctionnelle et l'atrophie des autres glandes, du corps thyroïde en particulier (R. Rivoire), dont l'atteinte se révèlerait surtout par la diminution du métabolisme de base et du pouvoir spécifique dynamique des protéines, dont l'atrophie rappellerait celle des animaux hypophysectomisés.

L'insuffisance antéhypophysaire s'explique bien dans le cas de lésions destructives : cancer, gomme, séquelles de traumastisme cranien. Mais comment interpréter les cas où la sclérose survient d'une façon en apparence primitive et à plus forte raison, les cas où l'examen histologique s'avère entièrement négatif? Simmonds croyait à une infection embolique d'origine puerpérale, Reye pensait à une thrombose, Marsch à un épuisement de la glande par hyperfolliculinémie. Ces théories trouvaient leur raison d'être dans la fréquence avec laquelle de nombreuses grossesses précèdent l'apparition de la maladie. Mais le seul fait que l'affection survient aussi chez l'homme et chez l'enfant doit faire écarter ces hypothèses; la grossesse ne peut intervenir que comme cause adjuvante.

Il paraît probable que de multiples causes peuvent créer une insuffisance antéhypophysaire qui ne s'accompagne pas nécessairement de lésions anatomiques apparentes. Peut être qu'un jour des techniques histologiques plus fines et plus précises permettront de découvrir des lésions insoupçonnées jusqu'ici.

Les rapports de la maladie de Simmonds et de l'anorexie mentale, particulièrement étudiés par de Gennes et son élève Paingault, par Augier et Cossa soulèvent aussi un très intéressant problème puisque l'hypophyse, de concert avec les surrénales joue un rôle considérable dans la régulation de l'appétit (Maranon). Les états d'hyperfonctionnement hypophysaire (acromégalie, adénome basophile) sont caractérisés par « un appétit féroce » la maladie de Simmonds au contraire par de l'anorexie. Ainsi la cachexie pourrait apparaître comme la conséquence de cette anorexie invincible. Elargissant le problème, Paingault et d'autres auteurs se sont demandés si une carence glandulaire n'est pas à l'origine de l'anorexie mentale. Au demeurant le diagnostic entre l'anorexie mentale et la maladie de Simmonds est très délicat et ne peut être établi le plus souvent que par l'épreuve thérapeutique (de Gennes).

DIAGNOSTIC. — Il est malheureusement très difficile au début de la maladie, au moment où le traitement pourrait avoir le plus d'effet. A cette période si la nature endocrinienne des troubles observés est soupçonnée, ils ne sont pas généralement rapportés à une insuffisance ante-hypophysaire. En effet, la rareté de la maladie, l'apparition de certains symptômes tels que l'aménorrhée contribuent à égarer le diagnostic.

A la période d'état, il faut reconnaître l'origine de l'amaigrissement, de l'asthénie puis de la cachexie, de ce « trouble profond de toutes les fonctions de l'organisme aboutissant à une déchéance progressive de l'individu, à une sorte de désintégration organique, tissulaire et fonctionnelle ». (A. C. Guillaume.)

En pratique la différenciation est aisée avec la cachexie des tuberculeux, des cancéreux.

Plus difficiles à distinguer sont les maigreurs et les cachexies endocriniennes. Nous ne pouvons que les signaler sans les étudier en détail.

Le syndrome hypophysaire fruste, de Hutinel, se rapproche de la maladie de Simmonds par l'amaigrissement, l'asthénie, l'hypotension, la dysménorrhée, mais s'en distingue par l'absence de cachexie véritable. Il en est de même de la *dégénérescence génito-sclérodermique* de Van Noorden avec disparition des règles chez la jeune fille, de la *gérodermie génito-dystrophique* de Rumino, Ferranini, de *l'infantilisme hypophysaire* où domine l'arrêt ou le ralentissement de

la croissance, de *l'infantilisme tardif* de Gandy avec infiltration œdémateuse des téguments, de la *progreria* où s'associent aux caractères infantiles et séniles des troubles cutanés et osseux.

Les véritables cachexies endocriennienes sont d'un diagnostic plus délicat : *cachexie pinéale* qui est très rare (Loeper), *cachexie parathyroïdienne* où l'on voit des modifications de la calcémie associée à des crises tétaniques, *cachexie basedowienne* avec tachycardie, exophtalmie, élévation du métabolisme basal, *cachexie myxœdémateuse* avec infiltration des téguments, *cachexie pancréatique* dont la physionomie clinique est beaucoup plus caractéristique.

EVOLUTION. — Classiquement, jusqu'à ces dernières années l'évolution naturelle de la maladie était le marasme le plus profond (Apert) aboutissant à la mort dans un délai allant de quelques semaines (Knoll) à 25 ans (Fahr), l'issue fatale pouvant être hâtée par une maladie intercurrente.

Cette notion doit être révisée. Sous le nom d'hypopituitarisme antérieur, Bickel a décrit des formes parfaitement curables. De plus, le pronostic a été complètement transformé par la thérapeutique : d'après May et Robert, sur 16 malades observés de 1930 à 1935, trois seulement sont morts.

TRAITEMENT. — L'opothérapie est le seul traitement actif et rationnel de la maladie de Simmonds. La médication tonique ne doit être considérée que comme une thérapeutique adjuvante (Bickel) parfois utile, plus souvent nuisible, car elle est susceptible d'irriter l'estomac (May et Robert).

Il faut utiliser l'extrait hypophysaire total ou mieux les extraits globaux du lobe antérieur préparés à partir de la glande de bœuf. L'absorption *per os* n'ayant aucun effet rapide il est préférable d'employer le produit quotidiennement par voie parentérale et très longtemps. Tous les auteurs insistent, en effet, sur la nécessité de ne pas se laisser décourager si l'amélioration se fait attendre. Le symptôme le plus tenace est l'aménorrhée (May, Bickel).

Dans les cas graves on peut associer une opothérapie polyvalente comprenant les extraits de glandes accessoirement intéressées ainsi que le glucose à haute dose qui agit favorablement sur l'asthénie, le glycocolle et l'éphédrine (Lopo-Albo, Haban). Grâce à la médication anté-hypophysaire, la maladie de Simmonds a pu être guérie dans de nombreux cas. Il faut mentionner à ce propos les deux observations typiques de Reye, le travail de Bernardt (cité par Dejean), ainsi que les observations caractéristiques de Bickel.

D'après Loeper, Roussy a signalé que l'extirpation du ganglion cervical supérieur du chien provoque une hypersécrétion de l'hypophyse. « Cette remarque expérimentale sera peut-être le point de départ d'une nouvelle thérapeutique. »

BIBLIOGRAPHIE

ABEL et KISSEL. A propos d'un cas de cachexie hypophysaire, *Revue française d'endocrinologie*, août 1934.

APERT. Quelques réflexions sur les fonctions de l'hypophyse, *Le Phare Médical de Paris*, novembre 1937.

ARON, VAN CAULAERT et STOHL. Recherches sur le diagnostic des troubles fonctionnels du lobe antérieur de l'hypophyse, *Progrès Médical*, 31 décembre 1932.

AUGIER et COSSA. Anorexie mentale et insuffisance antéhypophysaire, *Journal médical français*, octobre 1936.

BAUDOUIN, LHERMITTE et LEREBOULLET. Pinealome sans macro-génitosomie. Le problème de la cachexie hypophysaire, *Revue neurologique*, 18 février 1932.

BELAICHE. Contribution à l'étude de la cachexie de Simmonds. *Thèse de Paris*, 1933.

BICKEL. Les maigreurs d'origine hypophysaire. *Gaz. méd. de France*, 15 juin 1934.

BROUSSET et SAVIC. Comment arriver au diagnostic de l'insuffisance fonctionnelle du lobe antérieur de l'hypophyse, *Gaz. Méd. de France*, 15 octobre 1936.

CERVERA, FOLCH, BENAIGES. Considération sur un cas de maladie de Simmonds, *Revue Franc. d'endocrinologie*, février 1934.

CORNIL. Syndrome du lobe antérieur de l'hypophyse, *Journées médicales*, 1937, p. 166.

DE GENNES. Cachexie hypophysaire. *Bull. et mem. de la Soc. médicale des Hôp. de Paris*, 13 novembre 1936.

DE GENNES, DELARUE et ROGÉ. Maladie de Simmonds. Etude anatomoclinique, *Bull. et mem. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 mars 1936.

DEJEAN. Les syndromes hypophysaires, *Gaz. des Hôpitaux*, 5 mars 1932.

FIESSINGER. Le syndrome hypoyhysaire, *J. des praticiens*, février 1936.

HABAN. Nanisme, cachexie hypophysaire, *Rev. franç. d'endocrinologie*, février 1935.

HALLION. De l'intérêt physiopathologique du syndrome de cachexie hypophysaire, *Rev. pratique de biologie*, février 1927.

HOËT. La maladie de Simmonds et ses rapports avec l'hormone thyréotrope de l'hypophyse, *Strasbourg médical*, 5 janvier 1934.

JUMONT. Insuffisance anté-hypophysaire, *Bulletin médical*, 12 juin 1937.

LEREBOULLET. Rôle de l'hypophyse dans les dystrophies infantiles, *Arch. de médecine*, décembre 1925.

LOEPER. Cachexie hypophysaire, *Concours médical*, 27 juin 1937.

LOEPER et FAU. Cachexie hypophysaire et anorexie mentale, *Le Monde médical*, 1er octobre 1936.

LOPO ALBO. Cachexie hypophysaire, *Anales de Medicina interna*, août 1934.

MAY et ROBERT. Cachexie hyphophysaire, *Annales de médecine*, juin 1935.

MARANON. *Annales de thérapie biologique*, 1938.

PAINGAULT. Maladie de Simmonds, *Thèse de Paris*, 7 décembre 1937.

PARTURIER. *Syndromes hépato-endocriniens*, Vigot, 1935.

RIVOIRE. Mouvement médical, hypophyse, *Presse Médicale*, 19 septembre 1934.

ROBERT. La cachexie hypophysaire et le problème de ses parentés morbides, *Thèse de Paris* 1936.

ROTHMANN. Diagnostic et traitement de la maigreur hypophysaire, *Acta médica Scandinavica*, 11 décembre 1935.

SAINTON, SIMONNET et BROUHA. Endocrinologie thérapeutique et expérimentale, *Masson* 1937.

SCHERESCHEWSRY. La symptomatologie et le diagnostic de la maladie de Simmonds, *Rev. franç. d'endocrinologie*, août 1927.

SCHULMANN et MAMOU. Diagnostic des cachexies endocriniennes, *Le Progrès médical*, 1er juillet 1933.


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement
titré à 1 centigr. de chlorhydrate
d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple,
pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par
jour, en débutant par une
dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les
2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur
demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

SILVER SALOMON. Maladie de Simmonds, *Arch. of. Internat. Med.*, février 1933.

SIMMONDS. A propos d'un cas de disparition complète de l'hypoyhyse avec évolution mortelle. *Deuts. Mediz. Woch.*, 1914, p. 332. — Sur la cachexie hypophysaire, *Deuts. Mediz. Woch.*, 1916, p. 190.

STOCKES. Cases of pituitary cachexy, *Lancet*, 16 août 1930.

URECHIA et SLEKES. La cachexie dite hypophysaire, *l'Encéphale*, mai 1936.

ZONDECK et KOHLER. Cachexie cerebro-phypophysaire, *Deuts. Mediz. Woch.*, 1928, p. 1955.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 24 JANVIER 1939

Rapport. — M. TANON donne lecture d'un rapport au nom de la Commission des substances imperméabilisantes.

Recherches complémentaires sur quelques propriétés physiques de sérums provenant des saignées successives d'un même cheval. — MM. BROCQ-ROUSSEU, BOUTARIC et Mme ROY. — Des travaux antérieurs de M. Brocq-Rousseu ont montré que le sérum de cheval prend, après des saignées successives, de nouvelles caractéristiques biochimiques, alors que le pH demeure constant. Ces variations durent jusque vers la dixième saignée, puis il s'établit un état d'équilibre que les auteurs confirment aujourd'hui.

L'électrencéphalogramme multiple de l'homme normal. — MM. A BAUDOUIN, H. FISCHGOLD et J. LERIQUE insistent sur l'intérêt considérable de l'électrencéphalogramme multiple pour la solution de nombreux problèmes de physiologie et de clinique.

Ils estiment que ces électrencéphalogrammes doivent être enregistrés *simultanément*, parce qu'il importe de voir, sur le même graphique, ce qui se passe au même moment dans différentes régions cérébrales.

Ils ont fait porter leur examen sur les régions occipitale, précentrale (rolandique) et frontale, les associant tantôt deux à deux, tantôt trois à trois, les enregistrements étant tantôt homolatéraux, tantôt croisés.

Leur travail est illustré de tracés, d'où ils concluent que chaque territoire a son activité électrique propre, mais cependant plus ou moins coordonnée ; cette coordination étant plus ou moins étroite, suivant les sujets et suivant le jeu du fonctionnement cérébral.

Ils terminent en disant que : « les fréquences des ondes corticales vont en croissant des états d'inhibition du cortex aux états d'activité, en passant par les états de repos physiologique. »

Sur la sensibilité de certaines espèces simiennes (« Macacus rhesus », en particulier) au virus grippal.— M. J. VIEUCHANGE expose le résultat de ses recherches sur la réceptivité du singe au virus grippal. L'inoculation, par la voie nasale, au *Macacus rhesus*, peut être suivie de l'apparition de signes cliniques et radiologiques, traduisant, à la fois, une atteinte générale de l'organisme et une localisation pulmonaire de l'infection. A la suite de cette atteinte, le sérum acquiert un pouvoir neutralisant élevé, à l'égard du virus grippal.

Dans le cas où, à la suite de l'inoculation, on n'observe pas de signes cliniques ou radiologiques, la présence de virus dans le sang et dans la salive de l'animal inoculé, ainsi que le développement de propriétés neutralisantes dans le sérum autorisent à parler d'infection inapparente.

Ces résultats apportent une preuve supplémentaire du rôle étiologique du virus et fournissent de nouvelles données pour l'étude de l'immunité dans la grippe.

A propos de la cancérisation du poumon de l'homme par les poussières de routes goudronnées. — M. VALADE apporte de nouvelles expériences et conclut en estimant très sagement que l'on ne peut transposer en clinique des expériences de laboratoire.

Nouvelles recherches sur l'immunité dans la lymphogranulomatose vénérienne. — M. CAMINOPÉTROS.

Elections. — M. Mariano Castex (de Buenos-Aires) et M. Pierre Nolf (de Bruxelles) sont élus associés étrangers.

CONGRÈS DE L'ALIMENTATION

Le premier Congrès de l'Association de l'Etude des Produits Alimentaire a tenu ses assises à Dieppe, les 18 et 19 Novembre 1938. Il était présidé par M. Martel, de l'Académie de Médecine et avait reçu les patronages officiels de divers ministères : Présidence du Conseil, Ministères de l'Education Nationale, de la Santé Publique, des Colonies, de l'Agriculture et du Commerce.

Dans son discours d'ouverture, M. le professeur Martel s'élève contre toutes les formes de fraudes, même codifiées, qui offrent aux consommateurs des aliments souvent fort éloignés de leur état primitif par addition de substances chimiques diverses, d'action plus ou moins nuisible et qui en diminuent, en tout cas, la valeur nutritive. Il préconise l'utilisation de procédés de conservation — physiques en général — qui ne présentent pas ces inconvénients.

L'éducation du public joue un grand rôle dans cette question et l'orateur cite en particulier l'effort méritoire et soutenu effectué aux Etats-Unis ces dernières années.

Sur l'assainissement des mollusques marins comestibles par l'eau de mer ozonisée, par J. SALMON.

Dans plusieurs communications successives à la Société d'Hygiène Publique, Industrielle et Sociale (1937-1938), l'A. a proposé à la suite d'expériences effectuées à la station zoologique de Wimereux (Faculté des Sciences de Paris), en collaboration avec Jean Le Gall et André Salmon, un procédé d'épuration des coquillages par l'eau de mer ozonisée et dont les avantages sont les suivants : stabulation d'épuration réduite à 48 heures ; utilisation d'un corps gazeux qui se décompose rapidement en oxygène sans laisser aucun résidu chimique ; possibilité de créer dans les ports de pêche des stations de stérilisation où pourraient être traités tous les coquillages indistinctement et qui serviraient en même temps à l'entreposage pour les expéditions à l'étranger.

Les procédés de conservation du poisson à l'état frais, par Jean LE GALL.

Les procédés de conservation employés sont tous basés sur l'action du froid qui retarde les phénomènes d'altération dus aux diastases = ferments solubles de l'organisme et aux germes microbiens apportés.

La glace fut le premier agent employé pour la production de ce froid, mais bientôt la glace artificielle, qui avait remplacé la glace naturelle précédemment employée, se révéla insuffisante pour assurer une parfaite conservation du poisson au cours des longues sorties des chalutiers.

Il fallut améliorer le procédé. C'est ainsi que l'on essaya la glace salée préparée avec de l'eau de mer, moins riche

en bactéries que l'eau douce ; la glace carbonique où, à l'action du froid provoqué par l'évaporation de l'anhyride carbonique solide s'ajoute la formation d'une atmosphère gazeuse impropre au développement des fermentations aérobies.

On a aussi envisagé l'emploi d'antiseptiques, venant compléter l'action du froid par leur action microbicide et on a connu : les glaces à l'hypochlorite, à l'ichtène et, plus récemment, les glaces acidulées (par l'acide chlorhydrique) créant un milieu d'acide s'opposant au développement des bactéries.

Enfin, l'eau oxygénée et l'ozone ont été essayées.

L'amélioration apportée au travail du poisson à bord des navires de pêche : éviscérage, mise en caisses, glacées, la réfrigération des cales et, enfin, l'amélioration des procédés de transports en wagons isothermes font que, dans les conditions actuelles de la pêche hauturière, le poisson « en glace » arrive encore au consommateur dans un état convenable de fraîcheur.

Les vitamines du poisson, par Jean Le Gall.

Les recherches récentes sur les vitamines ont montré la présence des vitamines liposolubles A et D non seulement dans l'huile de foie de morue, mais encore dans toutes les huiles de poisson étudiées : l'huile de foie comme huiles extractives de divers tissus.

Les huiles de foie de certains poissons (ex. : flétan, lingue) se sont révélées comme ayant une teneur en vitamines A et D nettement supérieure à celle des huiles de foie de morue.

Les huiles extraites des viscères (foie excepté) comme celles extraites du corps ont également une teneur élevée en vitamines A et D.

La teneur en vitamines A et D de ces diverses huiles varie suivant l'état physiologique des poissons.

L'étude des vitamines des poissons (comme celles des produits de la mer comestibles) aurait donc un intérêt à la fois scientifique et pratique.

Sur l'altération du poisson, par Maurice Boury.

L'altérabilité particulière du poisson tient à trois causes principales : conditions de capture (fatigue et meurtrissure possibles du poison, emploi d'appât) ; présence de foyers de contamination bactérienne (mucus, branchies, tube digestif) ; contexture des tissus.

L'altération procède essentiellement de phénomènes bactériens ; la nature de ceux-ci est démontrée par des examens bactériologiques et par l'étude des produits formés au cours de la corruption.

Toutefois, les intoxications alimentaires imputables à la consommation de poissons de mer sont relativement très rares. Le poisson constitue une denrée intrinsèquement saine ; aussi serait-il injustifié de manifester une appréhension particulère à son égard.

« Les fruits de mer » aliments de premier ordre, par M. Raymond Neveu.

Le rapporteur montre tout d'abord que les coquillages, les huîtres notamment, sont des aliments de premier ordre. Les auteurs anciens étaient d'accord pour le proclamer. Hinguant, dans une thèse passée en 1745, n'affirmait-il pas qu'il n'y avait point d'aliment plus propre à donner de l'embonpoint que l'usage modéré de l'huître crue. Depuis, sa richesse en vitamines a été bien mise en lumière. Lalesque, Carles, Haguet, Barrière et d'autres auteurs ont montré que c'était un aliment précieux dans la tuberculose, et Pease, utilisant son action génératrice sur l'hémoglobine préconise les huîtres dans les anémies.

Les moules, également, ont une très grande valeur nutritive. Dans un rapport sur les pêcheries pendant la Grande Guerre, le Ministre de l'Agriculture et des pêcheries de Grande-Bretagne a calculé que 10.000 livres de chair de moules représentent une valeur alimentaire de 3.000.000 de calories.

Malheureusement, la crainte de la typhoïde empêche beaucoup de personnes de consommer des coquillages.

Le rapporteur pose comment fonctionne le contrôle sanitaire en France, il rappelle le décret du 31 juillet 1923, et le décret-loi du 30 octobre 1935. Il insiste sur l'utilité d'appliquer strictement les règlements et d'éduquer le public. Au moment, où plus que jamais, un redressement économique s'impose, la France a le devoir d'utiliser toutes ses ressources, et de n'en laiser perdre aucune. C'est pourquoi il faut tout faire pour que l'on puisse consommer sans crainte tous « les fruits de mer » qui abondent sur ses côtes, et, qui sont des aliments très précieux.

Vente des poissons en filets, par M. Loir (Le Havre).

La présentation des poissons en filets offre plusieurs avantages : l'absence de contact avec les intestins assure une meilleure conservation, l'aspect est plus engageant.

Pratiqué à l'étranger déjà, ce mode de mise en vente du poisson semble être la meilleure façon d'en augmenter et d'en faciliter la consommation.

L'utilisation du poisson dans l'alimentation des enfants, par J. Brincourt.

La nécessité d'introduire tôt dans l'alimentation des enfants des protéines animales oblige à en varier le choix. C'est vers 15 ou 16 mois que l'enfant pourra supporter de petites quantités de poisson, à la condition qu'il soit frais, maigre et cuit à l'eau. Vers 4 ans, on pourra y ajouter certains poissons gras. Plusieurs fois par semaine le poisson remplacera utilement la viande. Il apporte en effet à l'organisme des protéines riches en acides animés indispensables à la croissance, des sels minéraux dont certains comme le calcium et le phosphore sont proportionnellement en plus grande quantité que dans la viande, des vitamines : les poissons contiennent surtout les vitamines A, B^1, B^2 et D. Les maladies de sensibilisation chez l'enfant, en particulier le prurigo, sont rarement dues à l'ingestion de poisson, mais à une suralimentation globale ou à un régime monomorphe. En donant à l'enfant un régime varié et bien équilibré, on évitera de telles affections.

Le Soja et ses principales applications diabétiques, par M. A Boutroux.

M. A. Boutroux rappelle l'intérêt médical que représentent les protéines du Soja. En diététique infantile, cette légumineuse peut servir d'aliment de base dans le régime lacté restreint. Aux diabétiques, le Soja apporte une ration riche en azote et pratiquement exempte d'amidon. Dans les états colitiques principalement accompagnés de putréfactions c'est à la fois un médicament et un aliment.

Dans les industries alimentaires les plus diverses, le « Soyok » farine intégrale de Soja désodorisée et stabilisée, est utilisé soit à faibles doses comme améliorant et dans ce cas son mode d'action est purement physique, soit à doses élevées (pouvant atteindre 25 %) ; le Soja devient alors un complément calorique important modifiant de la manière la plus heureuse le rapport proteïnes/hydrates de C qui est trop faible dans les farines de céréales usuelles.

(A suivre.)

Le directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.



N° 9. — MERCREDI 1er FÉVRIER 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS.

Médecine et éducation. — I. Le rôle du médecin dans l'élaboration des méthodes d'éducation, par M. le professeur Pierre NOBÉCOURT.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux.

CONGRÈS.

Congrès de l'Alimentation, par MM. J. BRINCOURT et Maurice UZAN (fin).

CHRONIQUE.

L'éloge de Walther, par M. Louis Bazy, à l'Académie de chirurgie, par F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

PRATIQUE MÉDICALE.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Signes et diagnostic de l'endocardite d'Osler, par M. G. LE SUEUR.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux :* Jury : MM. les docteurs Brodin, Tzanck, Weill-Hallé, Weill E. P., Brulé, Mme Bertrand-Fontaine, Gandy, Garnier, Babonneix, Gutmann, Renaud Maurice, Cathala Jean, Binet.

Censeurs : MM. les docteurs J. Marie, Lambling, Pichon, Rachet, J. Bezançon, Cattan, de Sèze, Mollaret.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire et quatre places d'interne provisoire s'ouvrira le lundi 20 mars 1939 à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours. Traitement 5.600 à 6.200 fr. plus indemnité de nourriture de 3.600 fr. par an. Inscriptions jusqu'au 11 mars inclus, les lundi, mardi, mercredi et samedi matin de 10 h. 30 à 12 heures, et les mardi et samedi de 15 à 17 h., 66, rue des Plantes, Paris (XIVe).

Hôpital Sadiki-Tunis. — Trois vacances d'internes (chirurgie, oto-rhino-laryngologie, radiologie) existent actuellement à l'hôpital Sadiki, à Tunis. (Traitement de 9 à 11.000 fr. plus indemnités et avantages en nature.)

Conditions : nationalité française ou tunisienne, vingt inscriptions. *Adresser les demandes* à M. le Directeur de l'Hôpital Sadiki à Tunis, en joignant les pièces ci-après : une expédition dûment légalisée de l'acte de naissance. Les pièces justifiant la scolarité ou les diplômes et titres, Les pièces établissant la situation du candidat au point de vue militaire.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'hôpital psychiatrique de Vinatier (Rhône) (poste créé).

Hôpital psychiatrique départemental de Montdevergues (Vaucluse(. — Un poste d'interne en médecine (division des hommes) sera vacant à l'hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse) le 3 février 1939.

Les candidats à ce poste devront être de nationalité française et titulaires de seize inscriptions de doctorat, au moins. (La préférence sera donnée à un étudiant préparant le médicat des hôpitaux psychiatriques.) Traitement de 9.500 fr. (début) à 10.300 fr. (maximum) avec augmentation de 400 fr. par année de service, plus l'indemnité de résidence au taux des agents de l'État, logement, nourriture, chauffage, éclairage.

Indemnité de doctorat de 3.000 fr. par an pour les internes pourvus du diplôme d'État et de 1.800 fr. pour ceux pourvus du diplôme d'État et de 1.800 fr. pour ceux pourvus du diplôme d'Université. Les internes extériorisés reçoivent une indemnité annuelle de 5.280 fr. plus la nourriture à l'hôpital, les jours de garde. Les internes mariés ne sont pas logés.

Les candidatures sont reçues jusqu'au 10 février 1938 inclus, dernier délai.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Montdevergues (Vaucluse) en joignant toutes références utiles (titres, travaux, etc.).

Médaille des épidémies. — La médaille d'or est décernée à titre posthume à M. le docteur Nahan (Louis), de l'hôpital

Saint-Louis, décédé des suites d'une maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Guerre. — *Comité consultatif de Santé.* — Président : M. le médecin général inspecteur Savornin. Membres titulaires : MM. les médecins généraux inspecteurs et médecins généraux : Morvan, Plisson, Vallat, Gay-Bonnet, Schickelé, Hornus, Worms, Couvy, Blanchard, Passa, et le pharmacien général Mancier. Membres consultants, civils : MM. Auvray, Bezançon, Lenormant, Roger ; militaires : MM. Beyne, Lannes-Dehore, Pilod, Pommé, Debucquet, Bouvier. Secrétaire : M. Lambert des Cilleuls.

Colonies. — M. le docteur Louis Stuhl, radiologiste des hôpitaux, est nommé consultant du Ministère des Colonies.

Le Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine vient d'élire son Bureau, dont voici la composition, pour 1939 : *Président :* Dr Biard (S. M. P.). *Vice-présidents :* Dr Fanton d'Andon (B. E. S.) ; Dr Marc Chevalley (S. M. S.). *Secrétaire général :* Dr Deguy (S. M. S.). *Trésorier :* Dr J. Bongrand (S. M. S.). *Archiviste :* Dr Dournel (B. O. N.).

Journées médicales franco-yougoslaves. — Les Journées qui devaient avoir lieu en octobre 1938 ont été, en raison des événements, remises aux 2, 3 et 4 mars 1939 ; elles auront lieu sous la présidence du professeur Émile Sergent, et sous la présidence d'honneur du président du Conseil, des ministres des Affaires étrangères, de l'Éducation nationale, de la Santé publique, du ministre de Yougoslavie à Paris et de M. le maréchal Franchet d'Espérey.

La *séance inaugurale* aura lieu le jeudi 2 mars 1939 à 10 heures à la Faculté de Médecine, sous la présidence de S. E. M. Pouritch, ministre de Yougoslavie à Paris, et de M. le maréchal Franchet d'Esperey.

Le programme des Journées comprend des réceptions, des visites d'hôpitaux, et des musées, des soirées théâtrales, et un banquet de clôture le 4 mars.

Le comité, présidé par M. Sergent, a pour secrétaires généraux MM. Jean Braine et André Ravnia, pour secrétaire adjoint, M. Yovanovitch, pour trésorier M. Ameline, 37, rue Vaneau. Renseignements et inscriptions à l'A. D. R. M., à la Faculté de Médecine, salle Béclard. Cotisation 100 fr., ou 200 fr. avec le banquet.

Huitième Réunion scientifique de la Société Médicale d'Aix-les-Bains. — Le dimanche 21 mai 1939, à 10 heures, salle des médecins, aux Thermes nationaux d'Aix-les-Bains, aura lieu la 8e Réunion scientifique de la Société Médicale d'Aix-les-Bains, consacrée aux » rhumatismes de l'épaule ».

Le rapport sera présenté par le docteur Robert Merklen.

La réunion est ouverte à tous les médecins. S'adresser avant le 1er mai 1939, au docteur Lelong, secrétaire général de la Société, 9, rue de Liége, Aix-les-Bains.

Société d'Hydrologie et de Climatologie de Nancy et de l'Est, — La Société d'Hydrologie et de Climatologie deNancy et de l'Est tiendra sa prochaine séance à Nancy le mercredi 8 février 1939, à 16 h. 30, à la Faculté de Médecine.

Prière aux membres de la Société de vouloir bien envoyer les titres de leurs communications avant le 5 février prochain au Secrétaire général, le professeur Louis Merklen, 96, rue de Strasbourg, à Nancy.

XIIIe Bal de la Médecine francaise. — Organisé au bénéfice des orphelins et des veuves de médecins, le XIIIe Bal de la Médecine française aura lieu le *samedi* 4 *mars* 1939, dans les salons du Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris (7e).

A 22 heures et jusqu'à l'aube : Bal avec de nombreuses attractions. Fernand Bouillon et son jazz. Orchestre jazz-hot. Petits soupers-musette avec l'accordéoniste Medge Marc.

A 22 h. 30 : Spectacle : au programme : *Images du Sud-Marocain*, film en couleurs du docteur Vernier. Ninon Vallin. La danse à travers les âges. Orchestre sous la direction de M. Ernest Guillou.

A minuit : Grand souper romantique, sous la direction de Mme Henri Labbé et du docteur Édouard de Pomiane. Cécile Solas et son orchestre.

Prix des cartes : Bal et Spectacle, 60 fr. (pour étudiants, 35 fr.). Bal, 40 fr. (pour étudiants, 25 fr.). Grand souper, 100 fr. Petits soupers à la carte. *Carte complète :* 160 fr.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. (professeur F. Rathery). — Programme des cours, leçons et conférences :

Mercredi 1er février. — 9 heures : Mme Hyon-Jomier, leçon de sémiologie cardiaque. — 10 h. 30 : M. Thoyer, présentation des malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery, maladies du rein.

Jeudi 2 février. — 9 heures : M. de Traverse, leçon de chimie biologique. — M. Rathery, leçon clinique. *Endocardite végétante.*

Vendredi 3 février. — 9 heures : M. Turiaf, leçon de sémiologie respiratoire. — 10 h. 30 : M. Pautrat, présentation de malades. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery, maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Samedi 4 février. — 9 heures : M. Bargeton, leçon de sémiologie rénale et endocrinienne.

NÉCROLOGIE

— Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. Chénevier, secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris.

— Le docteur Pierre Waton, médecin de la Marine marchande, fils du docteur Waton, de Montpellier, à qui nous adressons nos très sincères condoléances.

— Le professeur J.-B. Vallois, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Montpellier où il avait occupé la chaire de clinique obstétricale.

— Le docteur Louis Nahan, électro-radiologiste à l'hôpital Saint-Louis à Paris.

— Le docteur Henri Cottenot, décédé au Cap d'Ail. Il était le père de notre collègue Paul Cottenot, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, auquel nous adressons notre vive sympathie.

— Le docteur Elie Decherf, à Tourcoing.

— Le docteur Henri Laurent (à Sausset-les-Pins).

— Le docteur Gabriel Parini (à Marseille).

— Le docteur Maurice Simonin, à Paris.

— M. Emile Boulanger-Dausse, président du Conseil d'administration et administrateur délégué des laboratoires Dausse.

*

MÉDECINE ET ÉDUCATION

Par M. le Professeur PIERRE NOBÉCOURT

I. — Le rôle du médecin dans l'élaboration des méthodes d'éducation (1)

Depuis longtemps, les problèmes que posent l'éducation et l'instruction ont retenu l'attention des médecins qui s'occupent tout particulièrement des enfants et des jeunes gens. Il m'est impossible de donner aujourd'hui un aperçu de leurs travaux.

Pour ma part, je m'en suis occupé à maintes reprises.

Avant la guerre, à l'instigation du professeur Hutinel, je leur ai consacré des leçons, qui ont servi de canevas aux chapitres que Georges Schreiber et moi leur avons réservés dans notre *Hygiène sociale de l'enfance*, parue en 1921.

Dans ma leçon inaugurale du 8 janvier 1921, publiée par la *Presse médicale* du 17 février suivant, j'ai insisté sur les rapports qui existent entre la *clinique* et l'*éducation*. J'y disais notamment :

« En esquissant les relations qui existent entre la *médecine*, l'*hygiène* et l'*éducation* des enfants, je n'ai abordé que quelques-uns des problèmes qui sollicitent l'attention des pédiatres. Quels qu'ils soient d'ailleurs, ces problèmes sont suggérés et leur solution est donnée par les études cliniques. C'est l'observation clinique qui est le point de départ de nos légitimes préoccupations, car elle montre les conséquences redoutables d'une mauvaise hygiène et d'une éducation mal comprise. C'est elle qui nous guide pour établir les règles de l'hygiène et de l'éducation, pour donner aux parents et aux éducateurs des conseils utiles. »

Dans la suite, j'ai développé ces notions dans diverses circonstances : dans une conférence donnée le 15 novembre 1926, devant l'*Union nationale des membres de l'Enseignement public*, intitulée *Réflexions d'un médecin sur les méthodes actuelles d'enseignement et le surmenage scolaire*, dans une leçon publiée par le *Concours médical*, du 24 mars 1929, sur *Malmenage et surmenage scolaires*, dans un article de la *Revue internationale de l'enfant*, de janvier 1929, sur *Médecine et éducation*.

Le sujet est toujours d'actualité. Il ne me paraît pas inutile de le traiter à nouveau. Aussi bien, il intéresse, non seulement les enfants, mais encore les jeunes gens ; les uns et les autres n'ont-il pas un caractère commun : la croissance staturale, l'accroissement de l'organisme, le développement et le perfectionnement des grandes fonctions physiologiques et des facultés psychiques.

***

Il ne faut pas confondre l'ÉDUCATION et l'INSTRUCTION, bien qu'elles soient intimement liées. Pour bien marquer la différence, un gouvernement a remplacé l'appellation de *Ministère de l'instruction publique* par celle de *Ministère de l'éducation nationale*.

L'*éducation* est la science et l'art de développer harmonieusement les facultés physiques, intellectuelles et morales. Son objet est la formation d'hommes et de femmes jouissant de la santé, au corps sain et vigoureux, à l'intelligence ouverte, au caractère bien trempé, au moral élevé, aptes à remplir au mieux les fonctions que leur dévolueront leur sexe, leurs aptitudes, leur place dans la société.

Il ne faut pas séparer le physique, l'intellectuel, le moral ; ils forment un tout.

Cette doctrine était celle des philosophes et des éducateurs de la Grèce ancienne. D'après M. Charmot, directeur des études au Scolastical d'Yseure, dans l'Allier, qui a écrit l'introduction du livre *Médecine et éducation*, publié par le *Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques*, c'est celle de saint Thomas et des Thomistes : « L'âme et le corps, écrit-il, sont un... L'âme en tant qu'animante n'est pas dans le corps, c'est le corps animé. »

Montaigne écrit : « Ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps qu'on dresse ; c'est une homme... Comme dit Platon : il ne faut pas les dresser l'un contre l'autre, mais les conduire également, comme un couple de chevaux attelés à mesme timon. »

Et Cabanis, médecin philosophe : « La *médecine* et la *morale* sont deux branches de la même science, qui réunies composent la *science de l'homme* ».

Récemment, dans l'*Homme cet inconnu*, M. Alexis Carrel s'exprime ainsi : « Le corps et l'âme sont des abstractions faites par notre esprit d'un être unique... Nous n'observons ni âme, ni corps, mais seulement un être composite, dont nous avons arbitrairement divisé les activités en physiologiques et mentales. »

L'éducation doit donc embrasser toutes les activités humaines. Rappelons-nous le titre d'un livre d'Herbert Spencer : *Education intellectuelle, physique et morale*.

L'*instruction*, l'*enseignement* est la science et l'art d'apprendre aux enfants et aux jeunes gens les matières qui constituent les programmes de l'enseignement primaire ou du premier degré et de l'enseignement secondaire ou du second degré. Il est complété par l'enseignement supérieur.

A côté de cet enseignement dit scolaire, il y a des enseignements techniques ou professionnels.

L'enseignement, quand il s'adresse à des enfants et à des jeunes gens, n'est qu'une partie de l'éducation. Il doit certes occuper une place importante, mais il ne doit pas s'étendre indûment au dépens des autres disciplines de l'éducation. C'est une question de mesure, d'équilibre, d'harmonie. L'absence de cette harmonie est tout le drame de l'éducation, ce drame, qui faisait écrire à Balzac, l'immortel auteur de la *Comédie humaine* : « L'éducation publique ne résoudra jamais le problème difficile du développement simultané du corps et de l'intelligence. »

Réaliser l'harmonie dans l'éducation est dans les préoccupations actuelles. Pour obtenir cette harmonie, la *collaboration du médecin et de l'éducateur* est indispensable. Ils se rencontrent à chaque pas ; ils peuvent se rendre des services mutuels pour le plus grand bénéfice des enfants et des jeunes gens, dont ils sont responsables ; ils ne doivent pas s'ignorer, mais se prêter un appui confiant. Leur collaboration permettrait d'instituer des méthodes éducatives et des disciplines adaptées à la nature des enfants et des jeunes gens, favorables à leur développement physique, comme à leur dévelop-

(1) *Clinique médicale des enfants*, leçon du 19 novembre 1938.

pement intellectuel et moral, somme toute une éducation et une pédagogie que j'ai proposé d'appeler physiologiques.

L'éducation physiologique est une éducation conforme à la nature : « Or, a écrit Gréard, le but de l'éducation, c'est le perfectionnement dans l'ordre de la nature. »

Je ne puis exposer dans tous ses détails, le *rôle du médecin en matière d'éducation.* Dans cette leçon et dans les deux suivantes j'envisagerai :

1° Son rôle dans l'élaboration des méthodes d'éducation ;

2° Son rôle vis-à-vis des enfants et des jeunes gens, à titre individuel : santé, aptitudes et inaptitudes à recevoir l'éducation commune ;

3° Son rôle vis-à-vis des enfants et des jeunes gens présentant des incapacités physiques ou psychiques, malades, infirmes, anormaux, divers.

***

Envisageons aujourd'hui la première éventualité.

Le médecin doit participer a l'élaboration des méthodes d'éducation.

Il le doit, parce qu'il lui appartient d'émettre une opinion autorisée sur la nature des enfants et des jeunes gens, sur leurs aptitudes et leurs inaptitudes, sur les disciplines physiques et intellectuelles qui peuvent ou non leur convenir, sur les méthodes qu'il convient de leur appliquer, sur leur capacité de travail physique et intellectuel. Une éducation qui ne repose pas sur ces bases est une éducation antiphysiologique.

Il semblerait que cette proposition s'impose sans discussion, qu'elle est une de ces vérités premières dont la démonstration n'a pas à être faite.

Or, pendant bien longtemps et jusqu'à ces dernières années, cette vérité était méconnue de beaucoup d'éducateurs. Vers la fin du XVIIIe siècle, Jean-Jacques Rousseau écrivait dans *Émile :* « On ne connaît pas l'enfance et sur les fausses idées qu'on en a, plus on va, plus on s'égare. Les plus sages s'attachent à ce qu'il importe aux hommes de savoir sans considérer ce que les enfants sont en état d'apprendre. » Un siècle et demi plus tard, en 1925, dans les réponses à une enquête sur le surmenage intellectuel poursuivie par l'*Union nationale des membres de l'enseignement public*, cette opinion est maintes fois exprimée ; par exemple, le professeur Suran, représentant des agrégés de grammaire au Conseil supérieur de l'instruction publique, déclare : « On organise les choses du dehors et non du dedans, d'après les matières et non d'après l'esprit. »

Tel un cultivateur qui sèmerait des graines sur un champ, sans rechercher au préalable si le terrain réalise les conditions nécessaires à leur germination, ou qui les sèmerait en telle quantité qu'un grand nombre ne pourrait fructifier faute de place.

Avant toute autre considération, il importe donc de préciser les caractéristiques somatiques, physiologiques et psychiques des enfants et des jeunes gens.

Comme il s'agit d'élaborer des règles générales, il convient d'envisager un *type moyen* ou *type normal.* On l'édifie en comparant entre eux le plus grand nombre possible de sujets.

Une première constatation est que dans leur constitution, leurs fonctions physiologiques et psychiques, *les enfants et les jeunes gens sont très différents des adultes.* Les différences sont au maximum chez le nouveau-né ; elles s'atténuent peu à peu avec l'âge pendant les première, deuxième et troisième enfances, pendant la puberté et pendant la jeunesse, pour disparaître à la fin de celle-ci et au début de l'âge adulte. On a dit : l'enfant est un homme en miniature ; c'est une erreur ; l'enfant est autre.

Il n'y a d'ailleurs pas un enfant, un jeune homme, une jeune fille ; il y a une succession d'enfants et de jeunes gens, qui se modifient sans cesse. Il faut se garder de les comparer aux adultes et surtout à un type d'adulte, qui n'est qu'une abstraction. A chaque âge, l'enfant ou le jeune homme réalise un être complet qui possède les caractères somatiques, les fonctions physiologiques et psychiques propres à cet âge.

Les activités biologiques diffèrent suivant les âges. M. Alexis Carrel compare le *temps extérieur*, marqué par les horloges réglées d'après la rotation de la terre sur son axe et autour du soleil, et le *temps intérieur* ou *physiologique* « expression des changements du corps et de ses activités pendant le cours de la vie. » Je ne puis le suivre dans son exposé. Mais voici les conclusions qui nous intéressent : « Une année contient beaucoup plus d'événements physiologiques et mentaux pendant l'enfance que pendant la vieillesse... Le corps est un ensemble de processus organiques qui se meuvent à un rythme très rapide pendant l'enfance, beaucoup moins rapide pendant la jeunesse et de plus en plus lent pendant l'âge mûr et la vieillesse. »...

Si on compte en unités de temps physiologique, « l'enfance est très longue et la vieillesse très courte », tandis que, si on compte en années sidérales, « l'enfance est très courte et la vieillesse très longue ». Les rythmes sont très différents.

Abandonnons ces cimes élevées et revenons aux faits qu'il nous est facile d'observer. Deux faits caractérisent l'enfance et la jeunesse, l'*accroissement* et la *puberté*, qui détermine le passage à l'une à l'autre. Ces deux phénomènes ont une grande importance pour l'éducation.

***

L'accroissement porte sur l'ensemble du corps, sur les tissus, la plupart des organes, le système nerveux ; il se poursuit non seulement dans l'ordre physique et physiologique, mais dans l'ordre psychique.

L'accroissement du corps se traduit par l'augmentation de la taille, du poids, du volume, de la corpulence. De tous ces accroissements, celui de la taille est spécial à la première partie de l'existence ; son arrêt marque le début de l'âge adulte. En même temps, se poursuivent les autres accroissements, mais ils ne lui sont pas parallèles, comme le montrent, entre autres, au cours de la croissance staturale, les variations du rapport du poids ou du périmètre thoracique à la taille, du coefficient de Pignet.

Le rythme de ces divers accroissements diffère suivant les périodes : des phases d'accroissement rapide alternent avec des phases d'accroissement lent. De ce fait, le type morphologique, d'une part, les activités biologiques, d'autre part, se modifient à plusieurs reprises, ce qui a des conséquences pour l'éducation.

Je laisse de côté le *petit enfant*, le *nourrisson*, le *bébé*. Je ne m'occupe que de l'enfant à partir de 2 ans ou 2 ans et demi, âge où finit la petite ou première enfance. Je schématise le plus possible.

Une *première phase* s'étend *de 2 ans à 9 ans*, chez la fille, *à 12 ans* chez le garçon. La croissance staturale qui était très forte chez le fœtus et a commencé à se ralentir dès les premiers temps de l'existence, se ralentit de plus en plus ; elle a son minimum dans la neuvième année, chez la fille, dans les onzième et douzième années, chez le garçon. L'accroissement en longueur, qui s'effectuait surtout par les membres inférieurs chez le petit enfant, se fait maintenant à peu près également par ceux-ci et par le buste ; le rapport des premiers au second, ou rapport de Manouvrier, se modifie peu. D'autre part, le poids et le périmètre thoracique n'augmentant que dans de faibles proportions ; le rapport du poids à la taille s'élève un peu, tandis que le rapport du périmètre thoracique à la taille diminue ; par suite, le coefficient de Pignet s'élève, ce qui traduit une corpulence faible.

Aussi, pendant la moyenne enfance, qui finit à 6 ans, et le début de la grande enfance, le corps est élancé et gracile ; souvent il donne l'impression de la maigreur ; la constitution est faible. D'autre part, l'activité d'accroissement est assez réduite.

Une *deuxième phase* est caractérisée par une *poussée de croissance staturale*. Elle se fait de 9 à 12 ans chez la fille, de 12 à 16 ans chez le garçon. Elle est réalisée principalement par les membres inférieurs et le rapport de Manouvrier s'élève. Le poids et surtout le périmètre thoracique augmentent d'abord peu, puis davantage ; le rapport du poids à la taille s'élève, celui du périmètre thoracique à la taille ne se modifie guère. Le coefficient de Pignet s'élève encore un peu, la corpulence reste faible.

Au début de cette phase, l'habitus extérieur de la phase précédente tend à s'exagérer : le corps est long et gracile, les membres inférieurs sont longs ; le thorax est étroit ; la constitution est faible. Plus ou moins tôt, l'habitus commence à se modifier.

Pendant cette phase, l'activité du processus d'accroissement est donc forte.

Pendant la *troisième et dernière phase*, la croissance staturale se ralentit graduellement et finalement s'arrête de 18 à 20 ans chez la fille, de 20 à 25 ans chez le garçon. Le buste s'allonge relativement plus que les membres inférieurs et le rapport de Manouvrier diminue légèrement, puis se stabilise. D'autre part, le poids et le périmètre thoracique, leurs rapports avec la taille augmentent notablement, le coefficient de Pignet diminue, indice d'une augmentation de la corpulence.

Le corps perd l'apparence de gracilité qu'il avait jusque-là et donne, chez le garçon surtout, une impression de robustesse.

Les jeunes gens acquièrent alors le type morphologique qu'ils conserveront plus ou moins longtemps à l'âge adulte, sans changement notable. Ce type est souvent très différent de ceux qui se sont succédés pendant les quatorze ou quinze premières années de l'existence.

Pendant que se poursuivent la croissance staturale, les accroissements du corps en poids et en volume, les transformations de l'habitus extérieur, se poursuivent également des transformations dans la constitution interne.

Jusqu'au début de la jeunesse, les os et les muscles sont grêles, les cartilages épiphysaires sont encore volumineux, l'élasticité des tissus est remarquable. Pendant la jeunesse, les os et les muscles grossissent, les cartilages épiphysaires disparaissent et les cartilages de conjugaison, qui sont les éléments actifs de l'allongement des os, finissent par se souder, la force musculaire et la solidité des os, qui jusque-là étaient médiocres, se développent, surtout chez les garçons.

De même la structure et les activités fonctionnelles des viscères, des glandes endocrines, se modifient suivant des modalités particulières à chacun. Je ne puis m'arrêter sur ces questions. Je signale seulement que l'encéphale, très petit à la naissance, augmente rapidement de volume et de poids ; sur 100 grammes d'encéphale d'adulte, 83 grammes sont acquis à 7 ans, 95 grammes de 7 à 14 ans, d'après Topinard et Manouvrier. Parallèlement la structure, rudimentaire chez le nouveau-né, se complique de plus en plus pour acquérir son état définitif chez les jeunes gens et même plus tard.

Les grandes transformations de l'organisme qui se produisent à la fin de la grande enfance coïncident avec l'évolution de la PUBERTÉ. Celle-ci est une période de l'existence, la *période pubérale* ou *pubertaire*, qui est intermédiaire à l'enfance et à la jeunesse.

La puberté comporte une série de manifestations liées à l'entrée en activité des glandes sexuelles, testicules ou ovaires, qui jusque-là étaient restés en sommeil.

Son rythme est de même ordre dans les deux sexes, sa durée de trois années est la même. Mais l'âge où elle évolue est différent : chez la fille, elle débute à 12 ans, a son éclosion marquée par la première menstruation à 13 ans et s'achève à 15 ans ; chez le garçon, le début est à 14 ans et demi, l'éclosion plus difficile à repérer, à 15 ans et demi, l'achèvement à 17 ans et demi. Après l'achèvement de la puberté, le perfectionnement se poursuit encore pendant trois années ; c'est alors seulement, à 18 ans pour les filles, dans la vingt et unième année pour les garçons, que l'individu devient nubile, c'est-à-dire apte à procréer dans les meilleures conditions.

Pendant l'évolution de la puberté, se produisent non seulement les transformations somatiques dont je viens de parler, mais encore de grandes transformations physiologiques, intellectuelles, psychiques, morales. Ces transformations font de l'individu un être nouveau ; le pubère est très différent de l'impubère. Quand la puberté commence, le garçon et la fille sont encore des enfants ; quand elle s'achève, ils sont devenus un jeune homme et une jeune fille. Ils le sont devenus du fait de l'entrée en activité des glandes sexuelles ; si celle-ci ne s'effectue pas, ils restent des *infantiles*.

Pour réaliser ces accroissements, ces transformations considérables, il faut, de toute nécessité, que la MATIÈRE VIVANTE, c'est-à-dire le protoplasme et les noyaux des cellules possèdent des PROPRIÉTÉS PARTICULIÈRES. Les cellules augmentent de volume et beaucoup se multiplient. La fonction d'accroissement est leur caractéristique principale à cette période de la vie ; elle persiste d'ailleurs, pour certaines d'entre elles, jusque vers la fin de l'existence. « L'accroissement sans trêve, sans

répit, écrit Dastre, en 1911, dans *La vie et la mort*, est la loi immuable de la cellule vivante. » Au début de la vie, l'assimilation formatrice l'emporte sur la désassimilation destructive, tandis que, plus tard, elle est « compensée ou masquée par une désassimilation qui est égale dans la période d'état et supérieure dans la période de déclin. »

Les cellules jeunes possèdent une grande activité nutritive. De ce fait, elles ont des qualités particulières. Elles sont très impressionnables aux agents internes et externes ; elles ont une grande aptitude à conserver la trace des impressions qu'elles reçoivent, si brèves soient-elles parfois, et cette aptitude est la base de la mémoire ; leurs réactions sont très vives, mais passagères ; elles ont peu de résistance et s'épuisent facilement, mais, si l'épuisement n'a pas dépassé certaines limites, la réparation est facile et rapide. Somme toute, leur équilibre est instable et facile à troubler ; il suffit de peu pour changer l'orientation de leur nutrition, pour que la désassimilation l'emporte sur l'assimilation.

Ces propriétés des cellules jeunes sont au maximum au début de la vie, chez les petits enfants. Elles s'atténuent graduellement avec l'âge et surtout après la puberté. Dès lors, elles tendent rapidement vers la stabilité qui est la caractéristique de l'âge adulte.

On peut comparer l'organisme des enfants et des jeunes gens à une machine en construction et qui doit fonctionner pendant qu'elle se construit, tandis que l'organisme des adultes est une machine achevée, qu'il suffit d'entretenir pour lui permettre de fonctionner. On conçoit la fragilité des premiers.

Je n'ai pas le loisir de vous parler des particularités des *humeurs*, dans lesquelles les cellules puisent les éléments de leur nutrition. Elles sont au moins aussi importantes.

Chacune des considérations que je viens d'exposer mériterait d'être étudiée en détail. Elles suffisent pour montrer les particularités de l'organisme pendant la période de croissance staturale. Elles suffisent pour montrer la nécessité d'organiser l'éducation et l'instruction sur des *bases physiologiques*.

Je vais indiquer quelques principes, qu'il paraît nécessaire de poser et qui sont valables, aussi bien pour l'éducation physique que pour l'éducation psychique.

Pour simplifier, j'envisage trois périodes : l'enfant de 6 ans à l'éclosion de la puberté, la puberté, la jeunesse.

***

Envisageons l'enfant depuis l'ÂGE DE 6 ANS JUSQU'A L'ÉCLOSION DE LA PUBERTÉ, 13 ans pour les filles, 15 ans et demi pour les garçons. Ses modalités principales sont :

1° Le besoin de mouvement ;

2° La vivacité des impressions et des réactions, leur fugacité ;

3° La faible résistance à un effort soutenu, la fatiguabilité rapide, le besoin de réparation.

Le *besoin de mouvement* est dans la nature de l'enfant. Il suffit de l'observer pour s'en rendre compte : dès que son développement le permet, il remue, coure, saute, crie ; on doit se méfier d'un enfant trop tanquille.

Le besoin de mouvement est une nécessité physiologique. L'activité nutritive des cellules jeunes nécessite une forte consommation d'oxygène et de matériaux divers, entraîne une forte production de déchets à éliminer. Une respiration et une circulation actives sont indispensables pour réaliser ces conditions. Or le mouvement les favorise grandement.

D'autres facteurs interviennent également. Ce sont l'instabilité psychique et motrice, conséquence de cet équilibre instable dont j'ai parlé tout à l'heure, et, à certaines périodes de croissance staturale rapide, les tiraillements, les douleurs, dites de croissance, que provoquent dans les membres l'élongation des os, du périoste, des tendons, des muscles, des nerfs, des vaisseaux, les sensations pénibles liées à une circulation périphérique souvent défectueuse. Le besoin de mouvement s'exagère donc à la fin de la grande enfance.

L'*immobilité* est contre nature. Elle est nuisible, car elle entraîne le ralentissement de la respiration et de la circulation. La respiration est superficielle et insuffisante, le sang stagne dans les veines périphériques et dans les organes.

L'immobilité favorise l'albuminurie orthostatique ou albuminurie de position. D'après certaines statistiques, la position du garde à vous ne tarde pas à provoquer l'albuminurie chez 37 à 61 pour cent des écoliers, tandis que la marche entraîne sa diminution ou sa disparition. L'albuminurie apparaît également souvent dans la position assise, si on force l'écolier à se tenir très droit, dans l'immobilité, la distance entre le bord postérieur de la table et le bord antérieur du banc étant négative : elle n'apparaît pas si on autorise l'enfant à remuer les membres inférieurs.

Toutefois une immobilité relative est nécessaire à l'enseignement ; elle est une des conditions de l'attention et de l'effort intellectuel. Mais sa durée doit être limitée ; trop prolongée elle entraîne la fatigue.

Il faut tenir compte de ces notions pour fixer la durée des classes et des études, ainsi que les règles de la discipline.

Le *mouvement* combat les effets nuisibles de l'immobilité : il faut lui réserver une place importante dans l'existence de l'enfant. Il peut être réalisé suivant deux modalités, être libre ou dirigé. Le mouvement libre est le jeu, le mouvement dirigé est l'éducation physique. Il importe de ne pas confondre ces deux modalités.

Les *jeux* utilisent principalement la course et le saut ; la plupart favorisent le développement des muscles, activent la respiration et la circulation. Ils ont, en outre, une action éducative; ils concourent au développement de l'intelligence, du caractère, de la volonté, de l'esprit d'initiative; certains d'entre eux concourent à la formation de l'esprit d'équipe.

Les jeux doivent être libres. Les enfants doivent pouvoir jouer à leur guise. « Le grand intérêt que les enfants prennent à leurs jeux, écrit Herbert Spencer, la joie bruyante avec laquelle ils font leurs cabrioles, ont autant d'importance que leurs mouvements... Pour les filles comme pour les garçons, l'activité instinctive du jeu est essentielle au bien-être du corps... Quiconque les interdit, interdit les moyens divinement appropriés au développement physique. »

Il convient cependant de surveiller les jeux pour empêcher les excès et prévenir les accidents. Mais la surveillance doit être discrète. Les surveillants ne doivent pas mettre obstacle à l'initiative, à l'animation,

tant qu'elles restent dans des limites raisonnables; il est même désirable qu'ils y prennent part, au besoin, mais seulement à titre de camarades plus âgés et d'animateurs. Je ne pense pas que des professeurs de jeux soient bien justifiés ; l'appellation me paraît trop ambitieuse.

L'*éducation physique* ne peut pas remplacer les jeux. Elle a pour objet le mouvement dirigé : elle est un enseignement au même titre que l'éducation intellectuelle et morale; avec celles-ci, elle concourt à « assurer le développement harmonieux de la personnalité, de ses attributs physiques et psychiques tout ensemble « ainsi que l'écrivent MM. Laufer et G. Rosenthal dans leur *Rapport général sur l'éducation physique intégrale à l'école primaire*, présenté au *Congrès international de médecine scolaire et d'éducation physique*, tenu à Paris, en 1937. Jean-Jacques Rousseau, dans *Emile*, a exprimé excellemment le rôle qui lui est dévolu et qui a été si bien compris dans la Grèce ancienne : « Pour apprendre à penser, écrit-il, il faut exercer nos membres, nos sens, nos organes, qui sont les instruments de notre intelligence. Tous ceux qui ont réfléchi sur la manière de vivre des anciens attribuent aux exercices de gymnastique cette vigueur de corps et d'âme qui les distinguent le plus sensiblement des modernes. »

L'éducation physique n'est autre que la gymnastique, c'est-à-dire l'application de la science des mouvements : γυμνάζειν, exercer. Ses méthodes sont nombreuses ; les meilleures sont celles qui atteignent le mieux le but qu'elle doit se proposer : activer la respiration, apprendre à bien respirer, à exécuter des mouvements corrects et harmonieux, développer la souplesse et l'adresse. Mauvaises sont les méthodes qui font appel à la force, au delà des possibilités de muscles et d'os grêles et peu résistants.

De même que l'éducation intellectuelle, l'éducation physique doit tenir compte, dans l'élaboration de ses méthodes, du besoin de mouvement et des inconvénients de l'immobilité.

La *vivacité des impressions* et des *réactions* est, comme le besoin de mouvement, dans la nature des enfants. Elle a pour contre-partie leur *fugacité*.

L'enfant s'intéresse et s'émeut facilement et fortement ; mais son intérêt et son émotion ne durent pas. Il passe facilement de la curiosité à l'indifférence, de la joie à la tristesse, de la tendresse à l'oubli ; il est, presque en même temps « Jean qui pleure » et « Jean qui rit ».

Il présente une grande instabilité motrice et psychique ; il ne peut soutenir l'attention et est incapable d'un effort prolongé, aussi bien dans l'ordre physique que dans l'ordre intellectuel. Sa caractéristique est, suivant Alfred Binet, la faiblesse de direction.

« Il est, écrit-il, étourdi et inconstant ; il oublie volontiers ce qu'il est en train de faire ou se laisse emporter par une fantaisie, un caprice, une idée qui passe. »

Il faut tenir compte de cette manière d'être dans l'élaboration des méthodes d'éducation physique et intellectuelle. Les exercices doivent être de courte durée, pour ne pas épuiser l'attention ; ils doivent être variés pour créer des impressions nouvelles, éviter la monotonie et la mollesse dans l'exécution.

La *fatigabilité rapide* et le *besoin de réparation* sont, comme les phénomènes que je viens d'envisager, liés à la nature des enfants. Ils se retrouvent dans l'ordre physique et l'ordre intellectuel.

Au cours du travail intellectuel, les premiers symptômes de la fatigue sont l'agitation, le besoin de mouvement, l'inattention. Le regard est distrait, les réponses sont mauvaises, les fautes s'accumulent.

Au cours des exercices physiques, on remarque également l'inattention, la mollesse et la maladresse des mouvements.

Il faut tenir compte de ces manifestations discrètes et interrompre le travail. La fatigue légère est facilement réparable ; quelques jeux actifs après le travail intellectuel, un peu de repos ou même le jeu après un exercice physique dirigé, suffisent pour la réparation de l'organisme. Mais si la limite de la résistance est dépassée, la réparation se fait mal, la fatigue s'accumule, jour après jour; elle devient chronique et le surmenage s'installe.

Diverses recherches ont essayé de préciser combien de temps l'enfant pouvait fixer son attention sans éprouver de fatigue.

Pour le travail intellectuel, ce temps serait de 12 minutes à 6 ans, de 20 à 25 minutes de 7 à 12 ans.

Pour la gymnastique, M. Laufer, en utilisant le test de Toulouse-Picron, a fait chez des garçons de 10 ans et demi à 13 ans et demi, dans les écoles primaires de Paris, les constatations suivantes : après des séances de gymnastique d'une durée d'une heure, avec deux interruptions de 5 minutes, sur 100 élèves, 12 seulement ne présentent pas de diminution appréciable de l'attention ; 88 présentent une diminution allant de 19 % à 39 %. Chez la plupart, l'attention ne reprend son niveau antérieur que le lendemain matin.

Les faits que je viens d'exposer doivent servir de base à l'organisation des *méthodes d'éducation et d'instruction* pour les filles de 6 à 13 ans, pour les garçons de 6 à 15 ans et demi, méthodes conformes à leur nature.

La durée des classes d'éducation physique et d'éducation intellectuelle doit être assez courte ; leur nombre et celui des études dans la journée doivent être limités. Quand la classe atteint une certaine durée, quelques minutes de détente doivent être accordées de temps en temps. Chaque classe doit être suivie d'une récréation pour que l'enfant puisse se livrer à des jeux actifs. Un temps suffisant doit enfin être réservé pour la promenade, les repas et la digestion, le sommeil.

Après l'éclosion et pendant la période terminale de la puberté, puis pendant la jeunesse, les modalités somatiques, physiologiques, intellectuelles, morales des sujets se transforment ; un être nouveau est né, qui évolue graduellement vers son épanouissement. Le changement devient très appréciable à partir de la quatorzième année chez la fille, de la seizième chez le garçon.

A mesure que la croissance staturale se ralentit, les activités cellulaires se rapprochent de l'équilibre. Par suite, le besoin de mouvement devient moins grand, la force et la résistance augmentent, l'excitabilité psychomotrice diminue, la fatiguabilité est moindre. L'instabilité fait place à la stabilité. La faculté d'attention, la persévérance, la force de direction se perfectionnent.

Ces conditions nouvelles permettent des modifications

dans l'organisation des méthodes d'éducation intellectuelle et d'éducation physique.

Le temps réservé à l'éducation intellectuelle et à l'éducation physique, la durée des classes et des études peuvent être allongés, le temps consacré aux jeux et au sommeil être écourté.

Il faut cependant se garder de toute exagération ; l'attention trop soutenue ne peut se prolonger sans fatigue ; il est bon d'accorder quelques minutes de détente si la classe se prolonge ; un sommeil réparateur est nécessaire.

A cette période, l'éducation physique peut comprendre des exercices de force, qui auraient été mauvais à la période précédente, les sports peuvent remplacer les jeux, qui ne s'accordent plus avec la mentalité des jeunes gens.

A cette période, pour beaucoup de sujets, intervient l'*éducation technique* et *professionnelle* qui doit être également organisée sur des bases physiologiques.

Je ne puis m'arrêter sur l'éducation intellectuelle et sur le choix des matières qu'il est possible d'enseigner aux enfants et aux jeunes gens, en tenant compte de la structure du cerveau et du développement des facultés intellectuelles aux différents âges.

A partie de l'éclosion de la puberté, un autre problème mériterait de retenir notre attention : c'est celui de la COÉDUCATION DES SEXES. Il soulève bien des discussions. Dans une conférence données en 1932, au *Congrès de la Fédération nationale des Femmes*, j'ai exposé *les motifs d'ordre physiologique qui s'opposent à la coéducation des garçons et des filles.*

Du point de vue de l'éducation intellectuelle, il convient de retenir la chronologie différente suivant le sexe de l'évolution de la croissance et de la puberté. Les filles sont plus précoces que les garçons. Elles sont plus aptes à recevoir plus tôt que ceux-ci l'enseignement de disciplines, qui exigent le développement de facultés intellectuelles, subordonnées à l'évolution pubérale.

Avant l'éclosion de la puberté, la coéducation est possible ; mais à partir de 13 ans, elle devient une erreur.

De même, il me paraît erroné de vouloir donner au jeune homme et à la jeune fille la même éducation physique ; leurs constitutions physiques, leurs aptitudes sont différentes. Le but de l'éducation n'est pas de faire soit des femmes qui ressemblent à des hommes, soit des hommes qui ressemblent à des femmes ; le but est de donner à chacun une éducation conforme à sa nature.

Je ne parle pas des inconvénients d'ordre moral, à un âge où s'éveille l'instinct sexuel.

***

Je pense avoir montré le RÔLE DU MÉDECIN DANS L'ÉLABORATION DES MÉTHODES D'ÉDUCATION PHYSIQUE, INTELLECTUELLE ET MORALE.

Il lui appartient de rappeler à l'éducateur les *aptitudes physiques, intellectuelles et morales*, liées à la nature des enfants et des jeunes gens, les conséquences fâcheuses pour l'organisme d'une éducation intellectuelle et physique mal équilibrée, qui ne repose pas sur des bases physiologiques. « La Nature, écrit Herbert Spencer, est un comptable exact ; si vous lui demandez d'un côté plus qu'elle ne peut dépenser, elle rétablit la balance en détruisant d'un autre côté. »

Sur les bases physiologiques établies par le médecin, l'éducateur peut organiser des méthodes éducatives conformes à la nature des enfants et des jeunes gens, une *éducation* et une *pédagogie physiologiques.*

J'ai envisagé un *type moyen.* Il est indispensable à connaître ; mais il ne faut pas oublier qu'il n'est qu'une abstraction, établie par la comparaison d'individus très divers. On ne peut appliquer les méthodes éducatives, établies pour ce type moyen, sans tenir compte des *individualités.* J'envisagerai celles-ci dans ma prochaine leçon.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1938.

La folliculine dans l'histogénèse sexuelle de l'embryon des mammifères. — Mme Véra DANTCHAKOFF.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1939

Installation du bureau.— M. Aimé COTTON, président sortant, invite M. BÉHAL à s'asseoir au fauteuil de la présidence. Il prie le général PERRIER de prendre place au bureau. M. BÉHAL, en remerciant ses collègues, insiste avec raison sur le grand exemple que donne l'Académie par son amour du travail et par son amour de la Patrie.

Action de l'eau de Vichy ingérée suivant certaines modalités sur les éliminations urinaires chez l'homme normal. Modifications apportées dans le métabolisme des phosphates. — Mme Simone BALLUC ; MM. Jules CHOUSSIN, Léon LASCŒUR, et Mme Thérèse RANSON.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1939

Présence du virus poliomyélitique dans le contenu intestinal d'un enfant vivant en milieu familial infecté. Isolement du virus. — MM. Pierre LÉPINE et Paul SÉDAILLAN.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1938

Néphrose lipoïdique chez l'enfant. — MM. RIBADEAU-DUMAS, MAX LÉVY et CHABRUN. Les auteurs ont rapporté en 1928 le cas d'une fillette de 7 ans, atteinte du syndrome d'Epstein et guérie par un régime protéiné et par la Thyrothérapie. Un examen récent confirme la guérison. Ce syndrome peut se retrouver chez l'adulte. Il apparaît alors qu'il est curable par les méthodes habituelles.

Le Dr Lesné fait remarquer que la néphrose lipoïdique existe bien chez l'enfant et qu'elle est curable par le traitement d'Epstein.

Etude de la tomographie pulmonaire. — MM. LÉON-KINBERG, DELTÉRUC, DEVOIS et DUMAS. Les auteurs se sont exclusivement servis du planigraphe de Zielser, des Plantes et du Crotome de Bocage. Ils ont pu obtenir ainsi des précisions topographiques ; le débrouillage de foyers opaques ou illisibles, la découverte de lésions insoupçonnables, et une étude dans le temps de l'évolution d'une lésion donnée. Ils concluent que les méthodes tomographiques se

sont intégrées à l'examen courant des affections pulmonaires, qu'il ne saurait s'agir d'une ultime ressource, mais qu'au contraire ces méthodes permettent d'obtenir des renseignements susceptibles de résoudre des problèmes jusqu'alors insolubles.

Un cas d'hydarthrose périodique. Considérations thérapeutiques ; action de la pyrétothérapie. — M. RUILLET (Reims). — L'auteur rapporte que dans ce cas, après des échecs thérapeutiques multiples, des rémissions de 6 mois ont été obtenues après rayons ultra-violets, traitement de Miramond de la Roquette, homéopathie. Une réaction violente due à une injection d'acétylarsan a donné une rémission de 6 mois. On put déterminer une réaction analogue avec le Dmelcos ; celle-ci dura 4 jours et fut suivie d'ictère ; mais elle persiste après 7 mois. L'auteur recherche pourquoi le délai de 6 mois a été constant dans toutes les rémissions obtenues ?

Recherches sur la cholestérorachie. — M. GERMAIN. Résultat de recherches récentes sur le cholestérol rachidien. L'Hypercholestérorachie est le témoin de la désagrégation du parenchyme nerveux, pourvu qu'elle soit assez étendue et rapide, quelle qu'en soit l'origine : lésions méningo-corticales de la méningite tuberculeuse, hémorragie cérébrale, ramollissement, abcès encéphaliques, etc.

Embolies pulmonaires latentes. — MM. AMEUILLE et FAUVET. Recherches sur la dissociation du syndrome attribué à l'embolie pulmonaire et de l'embolie pulmonaire réelle. Chez des sujets morts au cours d'une phlébite sans symptôme d'embolie, les auteurs ont trouvé à l'autopsie celle-ci 2 fois sur 4. Il y a donc des embolies pulmonaires latentes, s'opposant aux cas de syndromes « d'embolies sans embolie ».

Ces faits autorisent l'assertion de M. Bezançon à savoir : qu'il n'y a pas superposition entre les symptômes cliniques et les lésions anatomiques constatées.

Maladie de Raynaud à localisations atypiques chez une tuberculeuse. Biopsie. — MM. Etienne BERNARD, KREIS et Mlle LOTTE. Femme de 45 ans présentant des taches violacées et des placards cyanotiques sur les bras, les pommettes et le pavillon des oreilles ; lésions symétriques pouvant aboutir au sphacèle. Apparition de ces symptômes au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive. L'examen histologique, après biopsie, a montré une intégrité des artérioles et des capillaires ; la biopsie ayant été pratiquée dans un placard de cyanose et non dans une zone de sphacèle. L'intégrité anatomique des vaisseaux plaide en faveur de l'origine vaso-motrice du squarome.

Intolérance arsenicale, puis intolérance sérique mortelle chez un prématuré. — MM. CATHALA, MARTROU et GRAS. Prématuré de 7 mois, supposé atteint de syphilis et soumis au traitement spécifique (injections de sulfarsénol). Il présenta des signes d'intolérance arsenicale qui parurent s'améliorer. Mais l'ensemencement de la gorge ayant décelé la présence de bacilles diphtériques moyens, l'enfant reçut 5.000 unités de sérum antidiphtérique. Il succomba au cours d'accidents sériques, ayant été sensibles par suite des injections de sulfarsénol.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. WEITZ, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.

CONGRÈS DE L'ALIMENTATION (1)

Qualités hygiéniques et gastronomiques du cidre et du jus de pommes, par M. MARCHAND.

Intérêt des invertébrés marins comme source de vitamines C, par M. le professeur agrégé GIROUD.

L'auteur a étudié la teneur en acide ascorbique des tissus de divers invertébrés marins (moules, huîtres, oursins, crevettes, violets, coquilles Saint-Jacques, etc.). Il en a reconnu la haute valeur surtout en ce qui concerne les viscères (hépatopancréas et glandes génitales).

Les invertébrés marins qui constituent à la fois des aliments économiques et agréables, sont aussi des sources importantes de facteur C pour lequel nous sommes insuffisamment pourvus.

La valeur alimentaire des conserves en boîtes, par M. A. URBAIN, du Museum d'Histoire Naturelle.

Cette étude des conserves en boîtes est faite en examinant leur rôle et leur valeur au point de vue de l'alimentation de l'homme ; nous empruntons nos conclusions aux récents travaux de Macheboeuf, Cheftel et Mlle Thuillot.

Compte tenu que l'absence des microbes ne soit pas générale pour tous les produits conservés, nous savons que les germes pathogènes par voie digestive tels que le bacille typhique, le colibacille, le vibrion cholérique sont toujours détruits par la stérilisation... Or, si l'on se souvient que la fièvre typhoïde et le choléra sont toujours transmis par les aliments, on se rend compte immédiatement que les conserves représentent, de ce point de vue, un facteur de sécurité dans l'alimentation. Il ne fait cependant pas de doute que la question de l'absence des microbes pathogènes joue un rôle tout à fait secondaire dans l'importance alimentaires des conserves. Leur inaltérabilité, au contraire qui les caractérise et les définit, permet de se procurer en toute saison et en tout lieu, l'ensemble des divers facteurs indispensables à une alimentation correcte, tant par la variété qu'elles permettent d'obtenir, que par la facilité qu'elles offrent pour réaliser les divers équilibres alimentaires. Si ce dernier point est évident en ce qui concerne la plupart des facteurs nécessaires aux besoins de l'organisme, tels que matières azotées, sels minéraux, cellulose... nous avons montré qu'il convenait de faire justice des griefs qu'on imputait aux conserves quant à la destruction de leurs vitamines. »

La trophophylaxie, par P. LASSABLIERE.

En dehors de leurs propriétés énergitiques, plastiques, physico-chimiques, vitaminiques, les recherches de Lassablière l'ont amené à attribuer aux aliments un rôle nouveau et à les considérer comme capables de contribuer pour leur propre compte à la défense de l'organisme contre les infections et les intoxications, d'où le nom de « Trophophylaxie » (protection par les aliments) qu'il a créé pour désigner cette nouvelle fonction.

La trophophylaxie nous explique pourquoi la diététique et les fonctions de défense de l'organisme sont intimement liées, elle nous éclaire sur l'importance de l'alimentation dans la prophylaxie des fléaux épidémiques (typhus, paludisme, maladie du sommeil) dont on connaît les ravages chez les individus sous-alimentés. Enfin c'est tout un nouveau chapitre de la pathologie générale qui s'ouvre avec elle. Bien des faits isolés s'y insèrent. La trophophylaxie

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 8, du 25 janv. 1939.

est l'expression de la loi qui établit une relation entre tous ces faits.

Hypovitaminoses, par Pierre LASSABLIERE, directeur à l'Ecole des Hautes Etudes.

D'accord avec le professeur Szent-Gyorgyi l'auteur estime que la majorité des affections humaines sont dues aux faits d'une alimentation irrationnelle. Il y a hypo-vitaminose chaque fois que l'apport de vitamines est inférieur à la quantité optima nécessaire à l'individu pour assurer aux collectivités la mortalité et la morbidité les plus basses.

Le déficit en vitamines C entraîne un accroissement du potentiel de vulnérabilité de l'individu ; le scorbut n'est que l'expression finale de l'avitaminose, il constitue le stade pré-mortel des affections. Le test de saturation permet aux médecins de dépister les états de pré-carence en vitamines C.

Le lait et le mode de sucrage du lait dans les allergies cutanées infantiles, MM. DEVRAIGNE, accoucheur des hôpitaux et UZAN, maître de conférences à l'Ecole des Hautes Etudes, ont étudié les conditions diététiques susceptibles d'améliorer les eczémas des nourrissons élevés artificiellement. Ils ont passé en revue divers laits et surtout divers modes de sucrages (sucre de canne, sucre de betteraves, mélanges dextrine-maltose, miel, dextrose pure). Ils concluent que le traitement de choix des allergies cutanées infantiles est la combinaison : lait homognéïsé concentré non sucré (« evaporated milk » des Américains) et dextrose pure. Onze observations caractéristiques illustrent leur rapport.

Le vin dans le régime alimentaire des diabétiques, MM. WEISSEMBACH, Gilbert DREYFUS et Jacques LIÈVRE.

Le vin est le pain du diabétique ; il satisfait aux besoins caloriques sans aggraver les troubles métaboliques fondamentaux qui sont à la base de la maladie diabétique et il apporte d'autres avantages encore : pouvoir diurétique, pouvoir tonifiant, vitamines B, stimulation de la combustion des sucres, facilitation de la digestion des graisses, action anticétonique.

Il faut surtout choisir les vins riches en alcool et pauvres en sucre pour le diabétique.

Ce vin entrera dans le régime d'épreuve pour en renforcer la valeur calorique et dans le régime définitif du diabète simple sans acidose où le vin vient se substituer aux graisses mal tolérées. En cas d'acidose, l'action anticétonique du vin permet en outre son utilisation encore plus large.

Le vin trouve donc sa place dans le régime alimentaire de tous les diabétiques.

Régime alimentaire post-opératoire chez les nourrissons, M. André MARTIN.

Dans le but d'éviter aux petits opérés une diète hydrique trop prolongée chez les enfants shockés ou en état de dénutrition, l'auteur, à la suite de travaux américains de Sauer a choisi un lait qui soit particulièrement facile à digérer.

Au cours de 61 interventions, la réalimentation par le lait homogénéisé condensé non sucré, lui a permis d'éviter la majorité des troubles intestinaux qui viennent si souvent compliquer les suites de l'intervention et retarder la guérison.

Toxi-infections d'origine alimentaire et propreté des aliments, par M. NAVARRE.

Les toxi-infections d'origine alimentaire semblent devenir de plus en plus rares. Leur origine est actuellement bien délimitée; elle relève toujours de l'un des trois facteurs suivants : surveillance insuffisante et contrôle impossible ; conditions défectueuses des manipulations et modes de préparation ; méconnaissance des porteurs de germes. Ces trois causes entraînent les conclusions pratiques suivantes : surveillance des viandes et de tous éléments animaux ; éducation des professionnels, éducation du public ; enquêtes facilitées, accélérées, avec le préliminaire strict de déclaration obligatoire ; renforcement des pouvoirs légaux concernant les destructions ; surveillance bactériologique judicieusement prolongée des individus atteints.

Le lait calcique, par M. Ed. LESNÉ.

Le lait calcique doit être considéré comme un aliment et un médicament. Il est susceptible de jouer un rôle important dans la diététique des enfants du premier âge.

Il est bien assimilé grâce à une préparation relativement bien équilibrée des différentes substances constituantes, son goût est agréable, sa préparation aisée.

Il est possible actuellement de trouver dans le commerce une forme de lait calcique desséché en poudre qui, reconstitué à l'aide d'eau de riz ou d'orge sucré à 6 % présente les mêmes qualités. Son emploi peut être poursuivi sans inconvénient ; néanmoins, il sera toujours nécessaire d'ajouter, à partir du treizième mois, une dose quotidienne de 2 à 3 cuillerées de café de jus de citron, d'orange ou de tomate.

Différence d'action toxique de diverses huiles végétales sur le foie du cobaye, M. R. JAHIEL, Mme S. DELLANNEY et M. ROSEN.

La sole normande, M. BRUNET DE COUDROUNIAC.

La mauvaise qualité du pain. Mesures à prendre pour y remédier, M. SAUGRAIN.

Initiatives italiennes pour la résolution du problème alimentaire, M. SERIANNI (Rome).

Boissons alcooliques et métabolisme des glucides, M. SERIANNI.

La teneur vitaminique A de certaines huiles d'olives italiennes, M. SERIANNI.

Sur quelques propriétés biologiques de l'huile d'olive, MM. Pierre LASSABLIÈRE et Maurice UZAN.

Les propriétés biologiques de l'huile, en particulier son action topique sur l'estomac, son rôle dans le reflux biliaire duodéno-gastrique, ses effets hépato-biliaires et intestinaux, son intervention dans le métabolisme des graisses, son rôle de vecteur de vitamines, d'hormones et de différents médicaments justifient son emploi en thérapeutique.

Les recherches des A les ont amenés à lui attribuer une propriété nouvelle qui se traduit dans certaines conditions par un pouvoir antitoxique ou *trophophylactique*. qui pourrait expliquer en partie au moins ses effets thérapeutiques.

Vitamines des fromages, MM Pierre LASSABLIÈRE et Maurice UZAN.

Les fromages sont de bons vecteurs de vitamines A, surtout lorsqu'ils sont frais, et leur teneur en ce facteur est d'autant plus élevée qu'ils sont plus gras.

On y trouve encore des vitamines hydrosolubles : vitamine B^1 et surtout vitamine B^2 (lactoflavine). En ce qui concerne l'acide ascorbique, on en trouve fort peu dans les fromages frais, presque pas dans les fromages cuits. Il faut, en outre, se méfier dans certains fromages fermentés de la présence de substances réductrices qui pourraient éventuellement en imposer pour de la vitamine C.

A propos des vitamines des laits industriels, MM. le Prof. TANON et P. LASSABLIÈRE.

Les vitamines sont surtout sensibles à l'action oxydante de l'air et la chaleur intervient pour hâter cette oxydation.

La plus facilement oxydable étant la vitamine C, il est donc indispensable d'ajouter à la ration des enfants de la vitamine C.

La vitamine D est plus solide, mais le lait de vache comme le lait de femme n'en contient que peu : 5 à 15 unités par litre, alors que la ration pour prévenir le rachitisme est évaluée à 200 à 600 unités Inter. par jour.

Dans les pays étrangers, on considère le lait comme un vecteur parfait de vitamine D. L'Association des Médecins Américains contrôle la production et la vente des laits fortifiés en vitamine D ; il y a là un exemple que nous serons amenés à suivre tôt ou tard en France.

Vœux du Congrès. — Le Congrès,

1° Comme suite au débat sur le poisson, émet le vœu :

que, dans le transport du poisson, du lieu de pêche, jusqu'au consommateur, ne soit jamais interrompu la *chaîne frigorifique ;*

2° Comme suite à la communication de M. Saugrain, émet le vœu :

que des mesures soient prises pour que la farine livrée aux boulangers contienne le germe et toutes les parties constituantes de l'amande du blé.

Nous ne pouvons pas clore ce compte rendu sans rendre hommage aux organisateurs qui se sont dépensés sans compter ; en particulier, MM. le Docteur P. Lassablière, Secrétaire général du Congrès, MM. de Coudekerque-Lambrecht et Brunet.

Jean BRINCOURT et Maurice UZAN.

Tuberculose et médecine sociale, par Etienne BERNARD. Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de la Salpêtrière. Préface du Professeur F. BEZANÇON. Un volume de 160 pages, avec 4 figures, 36 fr. Masson, éd. Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 30 novembre. — Jury : MM. Loeper, Président; Troisier, Guy Laroche, Etienne Bernard. — MM. MAIGNE. Etude sur le métabolisme des vitamines. — M. HUET. Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. — M. MOREL. Contribution à l'étude des manifestations pulmonaires de la maladie de Besnier-Boeck.

Jeudi 1er décembre. — Jury : MM. Gougerot, Président; Tanon, Gastinel, Sezary. —Mlle DE COLONJON. La lutte contre la lèpre. Effort des missions catholiques dans les colonies françaises. — M. KAC. Histoire du choléra en Pologne.

Mardi 6 décembre. — Jury: MM. Pierre Duval, Lenormant, Mocquot, Brocq. — M. DANIEL. Les perforations des ulcères gastro-duodénaux à l'occasion d'un traumatisme abdominal externe.

Mercredi 7 décembre. — Jury: MM. Tiffeneau, Clerc, Robert Debré, Strohl. — M. HIRSCH. Les actions expérimentales et thérapeutiques obtenues par les injections intra-veineuses lentes de sérums physiologiques acidifiés. — M. GUILLAUME. Infractus du myocarde et claudication intermittente. — M. MAZIDJOGHLOU. L'anémie infantile constitutionnelle et héréditaire des peuples de la Méditerranée orientale (anémie type Cooley). — Mlle MOREILHON. La Darsonvalisation à ondes courtes dans l'asthme.

Jury : MM. Gosset, Ombrédanne, Lemaître, Quénu. — M. RIAHY. La loco-régionale efficace dans la thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire. — M. VALTAT. Les kystes péricoronaires. Accidents locaux liés à l'éruption des dents.— M. DUPUY. A propos des corps étrangers des voies digestives et de leur traitement par l'enrobement cellulosique.

Jeudi 8 décembre. — Jury : MM. Laubry, Nobécourt, Chabrol, Lian. — M. COLSENET. L'encéphalite aiguë au cours de la pneumonie infantile.

Mardi 13 décembre. — Jury : MM. Gougerot, Président; Lereboullet, Gastinel, Sezary. — M. ESTIENNE. A propos de quarante cancers de la peau traités par l'électro-coagulation. — M. PELLERAT. Chimiothérapie sulfamidée ou sulfonée de la blennorragie féminine (1162 F et 61399 F). — M. PISAN. Contribution à l'étude des névrodermites circonscrites. — M. RABBANY. L'acétylglycowllate de calcium et le rachitisme. — Mlle PROUST. Etude du fonctionnement d'un dispensaire antituberculeux à Tours pendant 10 ans et de ses résultats.

CHRONIQUE

L'ÉLOGE DE WALTHER, PAR M. LOUIS BAZY, A L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

M. Louis Bazy ne pouvait choisir un meilleur modèle que celui dont il a fait l'éloge mercredi dernier à l'Académie de chirurgie, et dont le souvenir demeurera comme celui d'un grand chirurgien et d'un maître très aimé.

Si Walther a su « attirer et retenir près de lui tant d'élèves et aussi tant de fidèles amis » c'est, comme l'a dit fort bien M. Bazy, qu'il séduisait avant tout par sa finesse. Cette finesse n'était pas seulement celle du visage, elle se traduisait par la mesure, la discrétion avec laquelle il parlait, par la conscience réfléchie qu'il apportait dans tous ses actes.

Walther « appartenait à une famille de marins et de coloniaux. Son grand-père était officier de vaisseau. Son père, médecin de marine termina une brillante carrière comme inspecteur général du Service de Santé, tout comme le père de M. Rochard et celui de M. Cunéo ». Walther était né à Rochefort mais il passa toute son enfance à la Guadeloupe. M. Louis Bazy fait une description très colorée de la jeunesse de Walther sous le ciel des Antilles puis de son retour en France, près de Chinon où ses grands-parents étaient installés et où il a voulu dormir son dernier sommeil.

Après avoir parlé de l'amour de Walther pour la solitude, si favorable à la méditation, M. Bazy nous donne quelques détails sur les débuts chirurgicaux de Walther. Alors qu'il était interne de Lannelongue, en 1882, son maître vient le chercher un soir, en grand mystère, pour le conduire auprès d'un grand blessé. Il s'agissait de Gambetta « qui venait de se blesser en maniant un pistolet, et devait mourir quelques semaines plus tard d'une maladie alors inconnue, qui devait faire la fortune de M. Walther : l'appendicite ».

Walther, certes, « fut un grand chirurgien et un chirurgien heureux ». M. Bazy nous dit aussitôt pourquoi : « L'unité, l'harmonie, l'équilibre, voilà bien ce qui apparaît, en effet, quand on se penche sur l'œuvre de M. Walther... ces qualités sautaient aux yeux les moins avertis quand on voyait M. Walther examiner longuement ses malades, les préparer à l'opération avec des soins infinis et méticuleux, bref s'efforcer de supprimer de ses interventions tout ce qui pouvait être imputé au hasard. N'est-ce point ce souci qui le guidait quand il apportait toute son attention à l'étude des problèmes de la stérilisation du matériel opératoire, quand, avec Touraine, il cherchait et trouvait dans la teinture d'iode le meilleur moyen de désinfecter la peau. » Il « voulait que la chirurgie fut douce. Douce il la faisait, douce il la rendait à ses patients. Tous ceux qui aujourd'hui vantent les anesthésiques de base, si précieux pour supprimer l'appréhension des malades, savent que M. Walther, en répandant l'usage de la scopolamine - morphine, fut un de leurs précurseurs. » Walther « apportait une probité curieuse à rechercher ce qu'à longue échéance étaient devenus ses opérés ». Cette incomparable documentation ne fut pas seulement profitable à sa propre pratique. Elle constitua un trésor commun pour tous les chirurgiens, sur tous les sujets et non seulement sur l'appendicite.

M. Bazy rappelle plus loin ce que doivent à Walther l'Association des internes et anciens internes et l'Association française de chirurgie. Puis il nous montre Walther pendant la guerre de 1914. « Il est un de ces missionnaires aux armées dont l'action fut si féconde... La France, à cette époque était une, ajoute M. Bazy, elle n'avait qu'un cœur, qu'une pensée, qu'une âme. Faut-il donc la guerre et ses atrocités pour que les citoyens d'un même pays se sentent unis et confondus dans le seul amour de la patrie menacée ?... »

Walther voulut que l'amitié cimentée par la guerre entre les médecins civils et les médecins militaires fut durable. Il se consacra jusqu'à ses derniers jours au développement des centres d'instructions pour les médecins de réserve. Ce n'est pas le moindre des services rendus au pays par le grand chirurgien que M. Louis Bazy a su, d'une façon émouvante, faire revivre devant ses collègues de l'Académie de chirurgie.

F. L. S.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR UN NOUVEAU TRAITEMENT DES ULCUS GASTRIQUES

par le docteur J. FAGUET (1)

L'auteur publie trois observations particulièrement importantes qui montrent des malades guéris ou très améliorés par la laristine alors que les médicaments habituels, protecteurs de la muqueuse digestive et antispasmodiques joints au déprimant régime alimentaire classique, étaient restés inopérants. C'est qu'il semble bien que ce nouvel agent thérapeutique représente un traitement biochimique direct de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale et des états épisgastralgiques auxquels elle se rattache plus ou moins. Des travaux récents de physiologie expérimentale et de clinique ont en effet montré que la carence de l'organisme en histidine était à la base des altérations de la muqueuse gastro-duodénale (Cf. notamment les travaux de MM. A.-G. Weiss et E. Aron). D'autres recherches cliniques (M. Lenormand) ont montré que les épigastralgies quelle que soit leur cause, cèdent au traitement par l'histidine comme le syndrome ulcéreux lui-même. M. Faguet a employé pour ces traitements les ampoules de 5 cc. de laristine (solution à 4 % d'histidine neutralisée). Les injections sous-cutanées se font chaque jour et sont parfaitement indolores. La série dure 3 semaines, mais il faut la renouveler après quelques mois de repos. C'est un traitement atoxique qu'il est indispensable d'utiliser chez tous les malades si nombreux qui souffrent de l'estomac et chez qui l'on soupçonne tout au moins un début de maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

Les observations de cet auteur viennent confirmer les travaux si importants de E. Aron, Kuntzmann, Calihman, Quénée, Gariel, Castaigne, Chaumerliac, Desplas, etc. qui tous ont obtenu les meilleurs effets de cette thérapeutique soit pour préparer à l'intervention, soit pour consolider l'opération, soit même pour éviter tout acte chirurgical dans un certain nombre de cas.

(1) *Courrier médical*, Paris, 86e année, n° 6, p. 85.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ENDOCARDITE D'OSLER

La maladie de Jaccoud-Osler est une endocardite maligne à *évolution prolongée*, mais *irrémédiablement fatale*, — c'est, en fait, une septicémie chronique à localisation endocarditique dont le diagnostic, souvent difficile cliniquement, doit nécessairement été confirmé par une *hémoculture*.

Sa *fréquence*, qui semble augmenter, en fait une des complications exceptionnellement grave de l'endocardite rhumatismale, menace qui reste suspendue pendant toute la vie du malade, alors même que sa lésion non évolutive, permettrait de poser un pronostic bénin.

ETUDE CLINIQUE

Le début est extrêmement *insidieux*, *torpide* et lentement progressif.

C'est un adolescent, un adulte jeune souffrant de malaises vagues depuis plusieurs semaines, — il perd ses forces, son appétit devient capricieux, il maigrit, — il présente de temps à autre des petites poussées fébriles avec frissons qui ne retiennent guère l'attention.

C'est la période des erreurs de diagnostic avec la grippe, — une paratyphoïde — voire une poussée rhumatismale, s'il s'ajoute des douleurs articulaires, ou même une tuberculose au début.

Le malade s'alite assez tardivement et c'est en pratique souvent, seulement à ce moment qu'on le voit, inquiété qu'il est par la persistance des troubles que le traitement banal n'a pas enrayés.

ETAT

— Il est alors *amaigri*, *très anorexique*.

Très asthénié, et sa *pâleur* frappe dès l'abord.

— Il est *fébrile*, mais il faut insister sur les modalités très particulières de cette fièvre : essentiellement *irrégulière et capricieuse*, peu élevée dans l'ensemble (38°-38°5), elle procède par petits crochets thermiques, surtout vespéraux, atteignant 39°, courts et passagers accompagnés de frissons, de sueurs, — enfin, elle *n'est pas continue* : de temps à autre surviennent des phases apyrétiques durant deux, trois jours.

Notons que parfois encore, elle revêt un aspect *intermittent*, *pseudo-palustre*, ou *ondulant*, rappelant celui de la fièvre de Malte. Qu'enfin, assez souvent, elle est anarchique, échappant à toutes descriptions.

Une nécessité en découle : c'est de faire prendre régulièrement *toutes les trois heures* sa température au malade, afin de bien mette en évidence :

Son *instabilité*, comme sa *ténacité*.

Elle acquiert ainsi une *valeur diagnostique considérable*, d'autant plus qu'elle survient chez un malade qui présente une *lésion valvulaire*.

En effet : *l'auscultation du cœur* fait percevoir :

Un souffle : généralement d'insuffisance mitrale, parfois aortique.

Souffle qui a les caractères habituels des souffles organiques.

Qui n'est ni piaulant, ni musical,

Qui ne s'accompagne d'aucun signe d'insuffisance cardiaque, ni de troubles du rythme.

— L'existence d'une telle fièvre chez un cardiaque au mauvais état général, doit faire craindre la *greffe infectieuse de l'endocarde* et faire rechercher les autres manifestations de la maladie d'Osler.

1. *L'interrogatoire* sera un temps capital.

a) Il précisera les antécédents de ce cardiaque :

Tantôt nets ;

Tantôt frustes.

Il s'agit dans la grande majorité des cas :

D'antécédents de R. A. A., dont l'évolution antérieure a pu être d'ailleurs apparemment bénigne.

Beaucoup moins souvent, la *syphilis* est en cause, sous forme d'aortite persistante.

Enfin, exceptionnellement, il s'agit d'une *lésion congénitale* (rétrécissement aortique ou pulmonaire).

b) Il cherchera la *porte d'entrée* de l'infection.

S'il s'agit parfois d'une infection franche : *grippe*, *panaris*, *avortement septique*, par exemple, ce sera aussi souvent une porte d'entrée peu apparente :

— Appendicite ou salpingite latente ;

— Petites infections répétées du rhino-pharynx ;

— Infection dentaire (sur laquelle insistent divers auteurs américains).

2. *L'examen physique*, recherche et apprécie l'importance.

a) *Des manifestations articulaires :*

Tantôt très nettes et semblables en tous points à celles d'une crise de R. A. A. ;

Tantôt discrètes, accompagnées de douleurs *osseuses* ou de *douleurs musculaires*, plus vives qu'elles.

Assez souvent, ces douleurs redoublent au moment des poussées thermiques.

b) *Des manifestations cutanées*, dont on sait le gros intérêt diagnostique.

α. *Le purpura* est le plus constant, presque toujours *discret*, il faut en rechercher les fines pétéchies :

Sur les membres,

La muqueuse buccale et le voile,

La conjonctive,

et même le fond d'œil.

Ses poussées jalonnent l'évolution de la maladie.

— En raison de son importance, il conviendra de le rechercher par le signe classique du *lacet*.

β. *Les érythèmes :*

Extrêmement variés : morbilliformes, scarlatiniformes.

δ *L'hippocratisme des doigts*, qui va, s'accentuant avec l'évolution et sur lequel insistait Gallavardin.

ε *Les nodosités d'Osler :* très particulières et pathognomoniques.

Elles apparaissent, précédées d'une sensation de chaleur locale, à la *pulpe* des doigts et des orteils.

Leur nombre en est toujours restreint.

Ce sont des nodosités érythémateuses, rouges ou roses, souvent centrées par une vésicule claire, saillantes, intracutanées au palper, et surélevées, de petites dimensions (quelques-unes à 1 cm.) dont les caractères bien spéciaux sont :

— *D'être douloureuses*, et leur localisation sous-inguinale justifie leur nom de « faux panaris ».

— De *ne jamais suppurer*.

— *D'évoluer par poussées très fugaces :* apparaissant par poussées quatre ou cinq à la fois, elles se résolvent en deux ou trois jours, parfois quelques heures, en ne laissant qu'une cicatrice punctiforme.

Mais : fait important : *elles sont loin d'être constantes* (1/10e des cas environ).

(A suivre.)

G. LE SUEUR.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.

N° 10. — SAMEDI 4 FÉVRIER 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Les troubles fonctionnels cardiaques des jeunes soldats à symptomatologie subjective, par le médecin-capitaine GUILLEMAN.

TRAVAUX ORIGINAUX.
La déshydratation de l'organisme dans le traitement des dermatoses, par le docteur Hugo HECHT (de Prague).

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie de médecine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
Alerte au corps médical, par M. A. HERPIN.

CHRONIQUE.
Goudronnage des routes et cancer, par M. FOVEAU DE COURMELLES.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours des prix de l'Internat 1939.* — Médecine : Médaille d'or, M. Grossiord. Médaille d'argent, M. Fauvet. Accessit M. Meyer (Jean-Pierre).

Hôpitaux du Puy. — Après concours, M. le docteur Jean Jouen a été nommé radiologue des hôpitaux du Puy.

Faculté de Médecine de Paris. — *Thèses de doctorat.* — Le ministre de l'Education nationale communique :

» Il m'a été rendu compte que les Bibliothèques universitaires se trouvent souvent dans l'impossibilité de déterminer le nom principal des auteurs de thèses de doctorat, lorsque ces auteurs, d'origine étrangère, particulièrement les Orientaux, portent plusieurs noms et prénoms. En outre, certains docteurs font précéder leur nom de la lettre M, abréviation de « Monsieur », mais qui parfois est aussi la première lettre d'un prénom.

Pour répondre au vœu des Bibliothécaires, j'ai décidé :

1° Que le nom principal devra figurer désormais en caractère gras d'un corps de caractère plus grand que celui qui est employé pour les noms et prénoms secondaires.

2° Que tout M majuscule devant le nom de famille qui n'est pas l'initiale d'un prénom, devra être dorénavant supprimé. »

AVIS IMPORTANT. — *MM. les étudiants sont informés que les exemplaires de thèses qui ne seraient pas rigoureusement conformes aux indications ci-dessus seront refusés par la Bibliothèque de la Faculté.*

Faculté de Médecine de Nancy. — Les concours suivants sont ouverts à la Faculté de Médecine entre les étudiants français ou anciens étudiants français de ladite Faculté.

Prix Alexis Vautrin : Mémoire sur un sujet de gynécologie, y compris la gynécologie cancéreuse. 1er prix : 3.000 francs ; 2e prix : 900 francs.

Prix Joseph Rohmer : Mémoire sur un sujet d'ophtalmologie. Prix : 2.700 francs.

Prix Grand'Eury-Fricot : Mémoire sur la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. Prix : 1.450 francs.

Prix Ritter : Mémoire sur un travail original de chimie médicale et fait dans un laboratoire de la Faculté de Médecine de Nancy. Prix : 450 francs.

Prix Heydenreich-Parisot (médecine et chirurgie) : Concours entre les étudiants de la Faculté de Médecine de Nancy et les docteurs en médecine (immatriculés ou inscrits à la Faculté au cours de l'année scolaire). Travail original sur un sujet de médecine et de chirurgie. Prix : 450 francs l'un.

Les mémoires devront être déposé au Secrétariat de la Faculté de Médecine avant le 1er juillet 1939.

École de Médecine de Limoges. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie à l'Ecole préparatoire de Médecine et de Pharmacie de Limoges s'ouvrira le mercredi 3 mai 1939, au siège de cette Ecole.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

Guerre. — *Organisation générale de la défense passive.* — Le *Journal Officiel* du 1er février publie un décret relatif à l'organisation générale de la défense passive sur le territoire national. Le décret prévoit notamment le recrutement et la rémunération du personnel de défense passive (engagés volontaires, requis civils, formations militaires) et l'instruction du personnel.

Les emplois prévus pour le Service sanitaire sont ceux de médecins et aides, chirurgiens, vétérinaires et aides, pharmaciens, brancardiers, secouristes, infirmiers et infirmières.

Réunions médico-chirurgicales de Morphologie. — La prochaine réunion aura lieu à 21 heures précises, le mercredi 15 février 1939, sous la présidence du Dr Thooris, à l'Amphithéâtre de l'Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (3e étage au-dessus du Musée Dupuytren).

Enseignement du professeur G. Portmann (Paris). — Le mercredi 8 février, à 21 heures, le professeur Portmann commencera un cours sur les nerfs craniens, Clinique Piccini, 6, rue Piccini, Paris.

Ce premier cours aura trait au Trijumeau : origines réelles et nerf ophtalmique. Il se continuera ensuite, à raison d'un cours par semaine, tous les mercredi soir à 21 heures.

Conférences d'anatomie pathologique, par M. le docteur Nicaud, médecin de l'hôpital Lariboisière, chef de laboratoire à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Ces conférences, en dix séances, auront lieu du 6 février au 9 mars 1939 (deux fois par semaine), les lundis et jeudis, à 16 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

La première leçon aura lieu le lundi 6 février, à 16 heures.

Dons à l'Association générale des Médecins de France. — L'Association générale des Médecins de France, désireuse d'exprimer une fois de plus sa reconnaissance à ses bienfaiteurs, se fait un devoir de faire connaître le nom de ceux qui, au cours de l'année écoulée, ont eu la généreuse pensée de verser à ses caisses de secours des dons importants.

C'est ainsi que le docteur Fr. Debat, outre ses Caisses de Prêts d'honneur aux médecins malades et de Secours immédiat au décès pour les veuves et orphelins — fondations gérées par l'Association — a fait un don de 10.000 francs, à l'occasion de sa promotion de commandeur de la Légion d'honneur ; Mlle Gille, sœur du docteur Gille, bienfaiteur, 10.000 francs ; MM. Robert Plantier et Boisson de Chazournes, d'Annonay, 10.000 francs ; docteur G. Roussel, de Paris, a maintenu à l'Association sa création de bourses de 10.000 francs aux familles nombreuses médicales ; docteur O'Followell, de Paris, 950 francs.

Un legs important, dû à la générosité de Mme Chaboux, veuve du docteur Chaboux, de Rouen, est en cours de réalisation.

Journées de la Société française de Photobiologie et d'Héliothérapie, à Hyères, les 19 et 20 février. — La Société française de Photobiologie et d'Héliothérapie tiendra ses prochaines séances à Hyères, le dimanche 19 et le lundi 20 février 1939 :

Dimanche 19 février. — 10 heures. Des cars attendront, devant la gare de Toulon, les congressistes, qui seront reçus à leur arrivée par les délégués de la Société. — 11 heures. Réunion à l'Hôpital hélio-marin interdépartemental d'Hyères : démonstration de cure héliothérapique directe et héliothérapique filtrée, concentrée (technique Saidman). — 12 h. 30. Réception par l'Œuvre lyonnaise des Tuberculeux : déjeuner offert à l'Hôpital hélio-marin. — 15 heures. Seconde visite : l'orthopédie et l'appareillage amovible permettant l'héliothérapie locale et générale. La cure de travail des convalescents. — 16 h. 30. Séance de travail, dans la salle de réunions de l'hôpital. — 18 h. 30. Retour à Hyères.

Lundi 20 février. — 8 h. 45. Visite éventuelle des Établissements privés d'Hyères, de la plage d'Hyères et de Carqueiranne. — 9 h. 45. Départ pour l'Hôpital « Renée Sabran » de Giens : séances opératoire et d'appareillage. — 12 h. 30. Déjeuner. — 15 heures. Séance de travail dans la salle de réunions de l'Hôpital Renée Sabran. Conférences et communications.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. P. Gérardin, à l'Hôpital hélio-marin interdépartemental, à Hyères (Var).

EXTENSION DU RÉGIME DES ASSURANCES SOCIALES AUX FAMILLES DES EMPLOYÉS DE LA S. N. C. F.

Communiqué de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine :

La Caisse de Prévoyance des Assurances sociales des familles des employés *de la Société nationale des Chemins de fer français*, 11, rue Laborde, à Paris, prend dès à présent, toutes dispositions pour rembourser aux ayants droit les prestations médicales, conformément au décret-loi du 6 août 1938, avec effet rétroactif au 31 mars 1937.

Nous informons les médecins que des pièces justificatives pourront leur être présentées.

Ces pièces sont : 1º Les ordonnances datées, signées du médecin et tarifées par le pharmacien. (Ordonnances que l'intéressé a pu conserver).

2º Une attestation signée du médecin (de préférence sur papier à en-tête) précisant la date, la nature et le coefficient de l'acte médical, ainsi que la qualité (mari non agent, femme, enfant) de la personne à laquelle celui-ci a été dispensé.

Cette pièce ne constituant pas un reçu, n'est pas justiciable du timbre, au reste le reçu, s'il en était délivré un, en serait exempt également.

3º En outre l'agent sera porteur d'une « demande de prestations... » (imprimé fourni par les services de la S. N. C. F à ses employés) sur laquelle le médecin n'a rien à inscrire.

Exemple :

Je soussigné, docteur en médecine, atteste avoir donné mes soins à l'enfant Dupont Maurice, 1, avenue de la Liberté, à Courbevoie,

Le 5 avril 1937 : 1 visite ;
Le 5 mars 1938 : 1 consultation ;
Le 20 juillet 1938 : 1 acte C. 5. ;
Le 30 juillet 1938 : 1 acte K. 10.
Tous actes dont j'atteste également le paiement.

REVUE GENERALE

LES TROUBLES FONCTIONNELS CARDIAQUES DES JEUNES SOLDATS A SYMPTOMATOLOGIE SUBJECTIVE

Par le Médecin-Capitaine GUILLEMAN
Médecin des hôpitaux militaires

La pathologie du soldat, si voisine de la médecine infantile, fournit au médecin militaire un vaste champ d'observations pour l'étude de la symptomatologie fonctionnelle. Celle-ci, en effet, ne mettant presque jamais l'existence du sujet en danger et n'apportant, dans son activité physique quotidienne, qu'une gêne le plus souvent minime, ne motive que très rarement, dans la vie privée, une consultation médicale. En milieu militaire, il en est tout autrement. La facilité avec laquelle le soldat vient à la visite, le désir d'échapper à quelque corvée ou exercice fatigant l'amènent souvent auprès du médecin à qui il confie ses misères. Il est juste, du reste, de reconnaître que le changement d'existence total et brutal, l'émotivité du sujet encore inadapté à la vie de caserne, les fatigues de l'entraînement peuvent, pour une large part, augmenter l'intensité de ces troubles subjectifs et rendre difficilement tolérables des infirmités jusque-là bien supportées. C'est le cas surtout des troubles fonctionnels cardiaques. Il peut, par suite, n'être pas indifférent de soumettre un cœur instable à un effort prolongé ou à une altitude élevée sans avoir auparavant évalué sa résistance. C'est tout le problème de l'aptitude totale ou partielle au service armé qui se pose et il nous paraît opportun de nous y arrêter quelques instants, puisque, en cas de guerre, c'est l'un des premiers que nous aurions à résoudre.

L'expérience nous montre, en effet, qu'il s'est posé avec une acuité toute particulière pendant la dernière campagne. Il est vrai que le facteur émotionnel, dont nous verrons dans un instant le rôle considérable, jouait alors avec son maximum d'intensité. De nombreux auteurs, et, parmi eux, les plus éminents cardiologues, lui ont consacré d'importants travaux. Nous ne saurions les évoquer tous. Mais c'est en leur faisant de larges emprunts, et en nous inspirant des constatations faites dans les hôpitaux militaires que nous abordons cette étude.

Un fait est tout d'abord à souligner, c'est l'extrême fréquence chez le jeune soldat de ces troubles fonctionnels cardiaques. En un an, pour le seul hôpital militaire de La Tronche, qui draine environ 3 500 conscrits, 66 sujets ont été envoyés en consultation ou hospitalisés pour ce motif. Ce chiffre déjà élevé ne représente en réalité qu'une faible partie des malades ayant présenté ce syndrome. Tous, avant de venir à l'hôpital, ont, en effet, été examinés par le médecin de leur régiment. Celui-ci, effectuant un tri, n'a envoyé que ceux dont l'état paraissait nécessiter un examen approfondi avec mise en observation. Ce sont ces cas qui retiendront spécialement notre attention. C'est dire que nous éliminons du cadre de cette étude tous les troubles fonctionnels en rapport avec un syndrome clinique évident et incompatibles avec le service militaire, qu'il s'agisse de lésion endocardique ou myocardique, d'angine de poitrine ou de toute autre affection thoracique, abdominale ou générale. Nous laisserons également de côté les cas où « la fatigue cardiaque accompagne un état évident de déficience physique ; le cœur n'est pas seul en cause ; c'est tout l'organisme qui a souffert ».

Le cadre de ce travail ainsi délimité, il nous faut tout d'abord préciser ce que nous entendons par troubles fonctionnels cardiaques. Il est difficile d'en donner une définition d'ensemble tant ils sont hétéroclites dans leur traduction subjective. C'est ce qu'on a coutume de désigner sous le terme générique d'éréthisme cardiaque. Ce n'est pas une maladie, au sens propre du mot : c'est le résultat d'un déséquilibre habituel et plus ou moins accusé du système nerveux végétatif, d'une hyperexcitabilité sympathique ou parasympathique. C'est la réaction d'un tempérament vibrant de façon anormale et réagissant exagérément aux diverses excitations qu'il reçoit : c'est, en un mot, une hyperexcitabilité constitutionnelle. Celle-ci exagère les réactions vaso-motrices de l'individu, déterminant l'apparition de toute une série de désordres : spasmes, engourdissements, fourmillements, rougeur, pâleur, refroidissesent, etc., qui constituent l'ensemble des troubles fonctionnels cardiaques. Il est certain, comme de récents travaux l'ont montré, que le sympathique est également en grande partie responsable de ces phénomènes.

Mais le mécanisme de ces réactions anormales nous est à peu près entièrement inconnu. Et nous ignorons la nature exacte de ce tempérament constitutionnel, qui est à leur origine. Sans doute s'agit-il d'un facteur héréditaire qui est sous la dépendance des glandes endocrines et plus spécialement de la thyroïde. La dysthyroïdie, facteur incontestable d'hyperémotivité, est, en effet, souvent mise en évidence chez ces sujets. Mais son mécanisme d'action ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, être précisé davantage. A cette notion primordiale de terrain d'élection s'ajoute celle de causes secondes, facteurs d'entretien et d'aggravation de l'état préexistant.

Au premier rang de celles-ci, il faut citer les émotions. Nous avons déjà signalé le rôle très important qu'elles ont joué pendant la dernière guerre, réveillant, chez des sujets apparemment robustes et bien équilibrés au point de vue nerveux, des troubles fonctionnels jusqu'alors latents. Ils ne s'étaient jamais déclenchés parce que le sujet n'avait jamais subi d'excitation suffisante pour en déterminer l'apparition. Mais la guerre, avec son cortège de souffrances physiques et morales, la tension nerveuse de tous les instants, a provoqué le déclic nécessaire pour faire apparaître ces troubles. Et, fait remarquable, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, ces phénomènes, une fois apparus, survivent à la cause provocatrice. Tout se passe comme si l'organisme se trouvait sensibilisé et devenait susceptible de réagir à une excitation minime, qui eût été incapable auparavant de déclencher le moindre trouble. Qui de nous n'a pas entendu dire, dans l'entourage d'un ancien combattant : « Il a changé depuis la guerre ; il est moins patient et plus facilement irritable »? Ce qui est vrai du système nerveux central l'est également du système neuro-végétatif.

Ceci nous fait comprendre que l'intensité de l'émotion provocatrice varie avec chaque individu : soudaine et forte pour les uns, minime et répétée pour d'autres. Mais il n'existe aucun rapport entre la puissance de la cause et celle de l'effet produit. C'est là un second point que nous tenons à souligner.

Un autre facteur d'excitation est fourni par les intoxications, qu'il s'agisse d'auto- ou d'hétéro-intoxications. En ce qui concerne les premières, nous en avons déjà dit un mot en évoquant le rôle de la dysthyroïdie dans la genèse des troubles fonctionnels cardiaques. Ce sont là des phénomènes trop banaux pour qu'il soit utile d'y insister davantage. Bien que nos connaissances endocrinologiques soient encore très limitées, il est permis de penser que la plupart des glandes à sécrétion interne jouent un rôle dans l'apparition de ces accidents. N'est-il pas habituel de les observer chez la femme au moment de la puberté, des menstruations, des grossesses ou de la ménopause? Ne font-ils pas partie de la symptomatologie endocrinienne pluriglandulaire? Il serait intéressant d'en faire une étude plus approfondie que, faute de place, nous ne pouvons entreprendre.

Quant aux hétéro-intoxications, leur rôle est non moins évident. Elles sont surtout d'ordre alimentaire. Et il suffit de regarder autour de soi pour voir quelle influence, sur des sujets sensibilisés, peut avoir l'absorption de café, de thé, d'alcool. Il y a quelques années, le professeur Clerc insistait sur l'importance de la méïopragie de l'estomac dans la production des troubles fonctionnels cardio-vasculaires. Ceux-ci résultent ici aussi d'un déséquilibre neuro-végétatif, dont le mécanisme est difficile à préciser, mais dont la réalité n'est pas discutable, puisqu'on arrive à les faire disparaître en instituant un traitement gastro-intestinal approprié.

Nous n'aurions garde d'oublier l'influence néfaste du tabac et de la nicotine chez des sujets profondément intoxiqués ou sensibilisés à ce poison.

Enfin, il nous faut dire un mot du rhumatisme articulaire aigu. A côté des malades porteurs d'une lésion orificielle, séquelle indélébile de leur atteinte rhumatismale, il en est d'autres (1 sur 5 environ de ceux que nous avons vus) qui ne gardent comme trace de l'atteinte endocarditique que quelques troubles fonctionnels discrets. L'auscultation cardiaque est négative ou permet de mettre en évidence un souffle mésosystolique anorganique sur lequel nous reviendrons. Mais le sujet se plaint de palpitations, de douleurs précordiales, de dyspnée, de tachycardie, etc., qu'il n'éprouvait pas avant sa crise. S'agit-il d'une séquelle rhumatismale appelée à disparaître plus tard sous l'influence de la médication salicylée prolongée? Ou va-t-on assister à l'accentuation progressive de ces troubles et à la constitution plus ou moins tardive d'une lésion organique? C'est un problème souvent délicat qui nécessite toujours une mise en observation prolongée et des examens répétés, puisqu'il s'agit non seulement de l'aptitude au service de l'intéressé, mais de son avenir tout entier. Disons tout de suite que la plupart du temps tout rentre peu à peu dans l'ordre. Le sujet reste un déséquilibré neuro-végétatif. Mais les troubles fonctionnels qu'il présente sont compatibles avec une activité quasi normale.

Telles sont les grandes causes provocatrices de ces accidents. Il est difficile, à l'heure actuelle, d'être plus précis dans leur évocation ; car il est probable qu'en réalité elles ne sont pas aussi nettement individualisées qu'on pourrait le croire à la suite de cet exposé. Il s'agit avant tout d'un terrain constitutionnel, d'un tempérament spécial sur lequel se greffent et s'intriquent les divers facteurs que nous venons d'énumérer brièvement.

La résultante de leurs actions donne naissance à toute une série de troubles qu'il nous faut maintenant analyser. Schématiquement on peut distinguer, d'une part, les symptômes subjectifs, d'autre part, les signes objectifs. Ce sont les premiers qui tiennent la plus grande place dans ce tableau clinique. Ce sont eux, en effet, qui attirent l'attention du malade, l'inquiètent et l'amènent au médecin. C'est sur eux surtout que nous insisterons, puisque c'est leur description qui oriente vers ce diagnostic et incite à rechercher les autres.

Les plus fréquents de ces troubles subjectifs sont incontestablement les palpitations. Elles consistent avant tout dans la perception des battements du cœur. Ceux-ci peuvent être plus ou moins réguliers et rapides. Mais il ne s'agit pas d'un trouble du rythme, celui-ci pouvant rester absolument normal, même au cours des palpitations intenses. Le pouls est alors, comme le montrent les tracés, en discordance avec cette sensation, dont la caractéristique principale est d'être irrégulière, capricieuse et uniquement subjective. A l'origine de ces palpitations, on trouve, le plus souvent, une émotion, un effort, un excès de table ou de boisson, l'abus du tabac, une position défectueuse ou incommode (décubitus latéral gauche). Parfois même aucune cause ne peut être mise en évidence.

De début plus ou moins brusque et de durée très variable, elles sont sujettes à des exacerbations passagères et peuvent, par leur répétition, provoquer de véritables obsessions, le malade vivant dans la crainte perpétuelle du retour de ces accidents.

Cet état psychique particulier est surtout l'apanage des sujets dont les palpitations sont associées, comme c'est la règle, à des algies cardio-thoraciques. Celles-ci sont exclusivement sensitives et se différencient par là de la douleur de l'angine de poitrine. Du fait de leur localisation, elles semblent, en effet, naître du cœur : les unes, bien localisées, paraissent être d'origine apexienne, parasternale, sous-claviculaire ou dorsale : ce sont les plus fréquentes. D'autres, au contraire, sont diffuses, occupant la région précordiale, tout le thorax, parfois même le cou, l'épaule ou le bras. Elles sont extrêmement polymorphes dans leurs manifestations extérieures, leur fréquence, leur durée, leur intensité, leurs irradiations : abdomen, cou, bras (trajet du cubital). Souvent accompagnées d'hyperesthésie cutanée, elles sont séparées par des intervalles de répit plus ou moins longs, affectant parfois le caractère purement épisodique. Dans d'autres cas, elles se répètent, créant un véritable état de mal qui ferait penser à l'angine de poitrine, si la sensation de constriction, si caractéristique de cette dernière, n'était pas absente. Ce sont elles qui donnent naissance à cet état d'irritabilité psychique si difficile à calmer.

La sensation douloureuse est variable : tantôt simple impression de piqûre, d'élancement, de fourmillements,

tantôt sensations paresthésiques (gonflement, liquide, cénestopathies) accompagnées d'angoisse très vive, de dyspnée, de tachycardie. Mais, nous ne craignons pas de le répéter, ces phénomènes sont relativement indépendants de leur cause provocatrice, ou tout au moins sans rapport avec son intensité. C'est là leur caractéristique essentielle, qui suffit souvent à mettre le clinicien sur la voie du diagnostic.

Cette remarque s'applique aussi à la tachypnée, compagne presque inséparable des palpitations et qui augmente encore l'angoisse et le malaise physique ressentis par le malade. C'est une sensation extrêmement pénible d'étouffement, de gêne respiratoire, de soif d'air qui, elle non plus, ne s'accompagne initialement d'aucune anomalie du rythme respiratoire. C'est un trouble purement subjectif et ce sont seulement les phénomènes secondaires qu'il engendre (nervosité, anxiété, état spasmodique des muscles inspiratoires...) qui peuvent, à leur tour, donner naissance à des symptômes objectifs beaucoup plus tardifs : dyspnée véritable, accélération des mouvements respiratoires et, comme conséquence directe, troubles de l'hématose.

La plupart du temps il s'agit de cas bénins. Ils peuvent cependant, chez quelques prédisposés, revêtir un certain degré de gravité et aboutir à la syncope. Il s'agit alors d'une perte de connaissance survenant brusquement ou après une courte phase lipothymique. Le sujet pâle ou cyanosé reste sans connaissance, présentant une abondante sudation. Le pouls et la respiration sont arrêtés. Puis tout rentre assez vite dans l'ordre, le malade ne se souvenant en général de rien. Ici aussi tous les degrés d'intensité peuvent s'observer depuis la simple absence, obnubilation passagère ou éclipse totale et instantanée, jusqu'à la lipothymie caractérisée par un ralentissement des fonctions vitales qui peut durer plusieurs minutes et aboutir ou non à la syncope. Celle-ci est, en général, bénigne ; mais des accidents graves, voire même mortels, ont pu parfois être observés, à titre du reste tout à fait exceptionnel.

On conçoit que de tels symptômes inquiètent à juste titre le patient et l'incitent à se soumettre à un examen médical qui va mettre en évidence les troubles objectifs.

Le plus important et le plus fréquent de ceux-ci est l'instabilité du rythme. Nous avons insisté, au début de ce travail, sur ce fait que les palpitations ne constituent pas un trouble du rythme cardiaque et nous avons souligné, comme élément de diagnostic important, la discordance fréquente du pouls et des battements cardiaques. Il s'agit ici d'un trouble tout à fait différent, observé en dehors de toute palpitation. Alors que celle-ci est essentiellement subjective, le phénomène dont nous allons parler est, lui, purement objectif. On est, en effet, tout surpris, au cours de l'auscultation, de voir les battements cardiaques changer brusquement de fréquence. Cette modification se produit parfois sans cause apparente. Dans d'autres cas, il faut, pour la déclencher, un effort minime, simple mouvement ou changement de position. C'est là, semble-t-il, à première vue, un phénomène purement physiologique. Mais, ce qui est anormal chez ces malades, c'est, comme nous aurons l'occasion d'y revenir, la persistance du trouble longtemps après la cessation de l'excitation. Elle seule traduit une déficience cardiaque.

Celle-ci peut également donner naissance à une tachycardie occasionnelle ou permanente, entrecoupée seulement par les phases de ralentissement subites et assez brèves que nous avons signalées. Dans le premier cas, elle survient sous des influences souvent très minimes : émotion (tachycardie de la consultation médicale), effort insignifiant, simple changement de position, comme nous l'indiquions il y a un instant. Ici aussi l'intensité du phénomène et sa durée varient non avec la cause provocatrice, mais avec chaque individu.

Il en est de même pour la bradycardie, beaucoup plus rarement observée. Elle peut interrompre une phase de tachycardie ou, au contraire, exister de façon permanente. D'origine sinusale, elle est alors due à une prédominance de l'action du pneumogastrique. Bien supportée dans l'immense majorité des cas, elle peut cependant donner naissance à des vertiges, des accès lipothymiques, parfois même des syncopes, qui en assombrissent le pronostic.

Ces troubles du rythme cardiaque indépendants, nous le répétons, des palpitations, peuvent se compliquer d'arythmie extrasystolique. Ce sont alors des extrasystoles ventriculaires. On peut en observer toutes les variétés : soit sporadiques, soit groupées en salves plus ou moins prolongées, pouvant alors simuler des accès de tachycardie paroxystique, soit essentiellement capricieuses, désordonnées dans leur apparition et leur répétition. Il est aisé d'en déduire toutes les variétés de rythmes qu'on peut observer. Mais, contrairement aux signes précédents, elles se rencontrent surtout au cours des accès de palpitations, leur imprimant un caractère désordonné qui frappe le malade. C'est là encore un élément important de diagnostic. Tout ceci différencie ces troubles des arythmies vraies que nous avons éliminées du cadre de cette étude.

En dehors de ces symptômes, l'auscultation permet souvent de mettre en évidence l'existence d'un souffle. Il est le plus souvent intense, systolique et peut en imposer pour un souffle organique de rétrécissement aortique ou d'insuffisance mitrale, suivant son siège. Mais sa localisation mésocardiaque, la variabilité de son foyer maximum et de son intensité suivant les positions du malade, ses propagations fantaisistes et inconstantes et surtout son caractère mésosystolique permettent facilement, en général, d'en rejeter l'organicité. Du reste l'absence des signes secondaires des affections organiques du cœur et la coexistence des symptômes fonctionnels précités viennent rapidement confirmer cette impression. Mais on conçoit que l'hésitation soit possible et que, dans bien des cas, il faille plusieurs examens successifs pour trancher le diagnostic, surtout si on a affaire à d'anciens rhumatisants.

Telle est, dans son ensemble, la symptomatologie des troubles fonctionnels cardiaques. Nous n'avons décrit que les signes essentiels, éliminant soigneusement ce qui a trait aux lésions endocardiques ou myocardiques. Ce serait une erreur de croire qu'ils se présentent dans la réalité aussi nettement individualisés. Comme nous l'avons noté, au cours de cet exposé, ils sont toujours associés les uns aux autres et plus ou moins intriqués. Et on peut multiplier à l'infini les formes cliniques d'un tel syndrome, d'autant qu'il s'y ajoute des réactions psychiques variables avec chaque individu.

Ce qui importe pratiquement, c'est de reconnaître la nature exacte de l'affection et de formuler un pronostic. Celui-ci est en général bénin. Quelle que soit la gêne qu'apportent au sujet ces troubles, ils ne mettent pas ses jours en danger si le myocarde et l'endocarde sont indemnes. Ils doivent cependant, dans certains cas, imposer une hygiène et un genre de vie un peu particuliers. Et c'est pour cela que leur étude a une grosse importance surtout en milieu militaire. Il s'agit de savoir si ces sujets sont aptes ou non à fournir, sans dommage pour leur cœur, en tout temps et en tous lieux, les efforts plus ou moins pénibles et prolongés qu'on peut être appelé à leur demander. C'est là que résident toute l'importance et tout l'intérêt du problème et c'est à le résoudre qu'il nous faut maintenant nous attacher.

Il va sans dire qu'il faudra d'abord éliminer de l'armée les porteurs de lésion organique du cœur et que, pour les dépister, on procédera à une auscultation minutieuse complétée toujours par un orthodiagramme et, si possible, en cas de troubles du rythme, par un électrocardiogramme. C'est lorsque ces examens sont négatifs que le problème revêt le maximum de difficultés. Le plus sûr moyen de le solutionner consiste, nous semble-t-il, à recourir aux méthodes d'exploration fonctionnelle du cœur.

Toutes reposent sur le même principe : si on soumet le cœur d'un individu normal à un effort moyen, le rythme s'accélère, la tension artérielle se modifie. Mais tout rentre dans l'ordre au bout de 3 ou 4 minutes de repos au maximum. Si le cœur est déficient, le retour à la normale est beaucoup plus tardif. C'est ce qui se produit chez les sujets porteurs de troubles fonctionnels avec déficience cardiaque. Et c'est là un excellent moyen de mettre en évidence cette dernière. Toute une série de méthodes ont été proposées dans ce but. Elles sont actuellement classiques et nous ne ferons que rappeler succinctement les plus courantes.

Celle de Lian consiste à prendre le pouls du malade au repos, puis à lui faire exécuter pendant une minute du pas gymnastique sur place, à raison de deux mouvements par minute. On note à nouveau les pulsations toutes les minutes. Le sujet normal retrouve son rythme habituel en 2 à 3 minutes. Lian ajoute à l'épreuve du pas gymnastique sur place celle du balancement d'un poids de 5 kg. de l'entre-jambe au-dessus de la tête au même rythme. L'effort étant plus considérable, l'épreuve est ainsi plus sensible.

Aubertin recherche conjointement la tachycardie orthostatique et la tachycardie d'effort. On compte les pulsations, le sujet étant d'abord couché, puis debout, puis à nouveau couché. Puis on lui fait faire l'épreuve du pas gymnastique et on examine à nouveau le pouls. Chez le sujet normal les pulsations s'accélèrent légèrement dans la position debout, mais se ralentissent dès qu'il se recouche. Chez le malade à cœur insuffisant, cette tachycardie orthostatique est beaucoup plus accusée et persiste en position couchée. Quant à la tachycardie d'effort, on obtient les mêmes résultats qu'avec l'épreuve de Lian.

On peut compléter ces épreuves par l'étude, suivant la méthode de Martinet, des variations de la tension artérielle. Celle-ci est prise, le sujet étant couché, puis debout. On lui fait alors exécuter 20 flexions profondes sur les membres inférieurs, à raison d'une par seconde. On note de nouveau la tension artérielle. Chez le sujet normal le passage à la station verticale amène une augmentation de 5 mm. de la M_n et de la M_x. L'effort provoque un accroissement d'environ 40 mm. de la M_x et 10 mm. seulement de la M_n. En moins de 3 minutes, le repos ramène la tension à son chiffre normal. Chez les insuffisants cardiaques les variations sont beaucoup moins accusées : presque nulles pour le passage à la station debout, beaucoup plus accusées pour la M_n que pour la M_x après l'effort. Ces perturbations persistent plus de 3 minutes après le repos.

Dans le même ordre d'idées, on peut également pratiquer l'épreuve oscillométrique de Billard. Elle est plus précise que les précédentes, mais beaucoup plus longue et plus délicate à mettre en œuvre, les mensurations devant être rapidement effectuées. Aussi elle est pratiquement peu utilisée.

Restent enfin les méthodes basées sur les variations de volume du cœur, méthodes de Merklen et Heitz, d'Étienne, d'Abrams, de Livierato (Paillard). Ces variations se produisent sous l'influence d'excitations extérieures qui stimulent la contraction myocardique. On peut ainsi préciser la valeur de celle-ci et par suite l'état du cœur. Ces épreuves, théoriquement excellentes, sont d'une application pratique restreinte, car elles nécessitent une grosse habitude de la percussion que n'ont pas la plupart des médecins.

Ces procédés d'examen ont été très critiqués. Il n'est pas douteux qu'ils n'ont pas une valeur absolue. Et il arrive parfois de trouver un cœur fonctionnellement normal à des sujets présentant cliniquement une lésion cardiaque et vice versa. De même, et on l'a vu pendant la guerre, des toxiques comme l'alcool, le tabac et surtout la caféine peuvent momentanément troubler ces réactions. Même physiologiquement, elles peuvent varier d'un jour à l'autre chez un même individu. N'est-il pas arrivé à chacun d'entre nous (Paillard) d'éprouver un jour des difficultés à gravir les étages que nous montons chaque jour facilement?

Ceci implique la nécessité de répéter, en cas de doute, ces manœuvres. Un examen clinique et un interrogatoire minutieux doivent d'abord permettre de se faire une opinion sur le malade. On cherchera à la vérifier en pratiquant les épreuves fonctionnelles, surtout celles d'Aubertin et de Martinet. Lorsque l'ensemble concorde, la question est jugée. Mais s'il y a désaccord, il faut recommencer ces épreuves plusieurs jours de suite.

Quelle décision militaire doit-on prendre pour ces sujets? Il est évident que ceux dont le cœur présente une insuffisance fonctionnelle ne sont pas plus aptes au service militaire actif qu'ils ne le sont à l'entraînement sportif. C'est donc, dans l'immense majorité des cas, le classement dans le service auxiliaire qui est demandé pour eux. Si le trouble existe, mais peu accusé (dyspnée modérée, retour à la normale 4 ou 5 minutes après l'effort), on peut les laisser dans le service armé, à condition de leur éviter le séjour en montagne et de les surveiller au cours de leur instruction, quitte à les revoir soigneusement un mois ou deux plus tard. Pour tous les autres, c'est l'aptitude pure et simple au service armé.

En moyenne, 25 % sont classés dans le service armé, sans restriction ; 35 % sont classés dans le service armé, avec ménagements ; 25 % sont classés dans le service auxiliaire ; 15 % sont, en outre, réformés temporairement.

Ces derniers sont des sujets qui, ayant eu une atteinte rhumatismale récente, ont un cœur insuffisamment consolidé et chez qui on ignore l'évolution ultérieure de l'affection rhumatismale. Il est donc indispensable de les revoir au bout d'un certain temps, ce qui justifie la réforme temporaire.

Il nous reste à dire, en terminant, un mot du traitement de ce syndrome. Nous serons très brefs à ce sujet : ce qu'il faut, avant tout, c'est rassurer le patient et le convaincre de la bénignité relative de l'affection qu'il présente. C'est là souvent chose très difficile chez ces malades qui sont aussi des psychopates et des anxieux. Il faut en second lieu donner quelques conseils hygiéno-diététiques ; éviter les irritants du système neuro-végétatif : café, alcool, tabac, mets épicés, etc. ; proscrire les sports violents et les exercices fatigants. C'est là la base de la thérapeutique, les médicaments ne jouant qu'un rôle de second plan. On pourra cependant prescrire quelques sédatifs nervins à dose faible, les calmants du sympathique et du vague si ceux-ci sont en jeu, des tonicardiaques inoffensifs avec beaucoup de parcimonie, au cas où le cœur paraîtrait déficient. Enfin la révulsion précordiale donne souvent de bons résultats contre les algies et les palpitations.

Moyennant cela, on obtiendra des résultats satisfaisants dans l'immense majorité des cas. Et ces malades inquiets seront le plus souvent très reconnaissants à celui qui les aura soulagés. C'est sans doute une médecine sans gros intérêt scientifique. Mais c'est cependant un chapitre de pathologie essentiellement pratique, étant donné le nombre de malades qu'il intéresse. Il ne faut du reste pas oublier que ces troubles, dont le pronostic est le plus souvent bénin, peuvent, par leur aggravation, donner naissance à de l'insuffisance cardiaque ou à un syndrome psychique, dont il serait vain de méconnaître la gravité. Nul n'ignore la fréquence du fameux « cœur forcé » des sportifs. Il est certain qu'à une époque où l'on cherche, à juste titre, à faire bénéficier toutes les classes sociales de l'immense bienfait des sports, il faudrait soumettre ceux-ci à un contrôle médical beaucoup plus rigoureux. Le sport, admirable stimulant et adjuvant du développement physique du jeune sujet, peut être éminemment néfaste s'il n'est pas adapté à la résistance cardiaque et organique de chaque individu. Et seul un médecin peut déterminer celle-ci. Combien de jeunes gens robustes et sains voient leur avenir physique définitivement compromis à la suite d'exercices sportifs intempestifs, qui ne devraient être que l'apanage d'une élite judicieusement sélectionnée? Combien d'infirmités irrémédiables résultent de cette erreur fondamentale?

Envisagée sous ce jour, cette question présente un intérêt considérable, puisqu'elle touche au développement et à l'avenir de la jeunesse française. Et à ce seul point de vue elle mérite, nous semble-t-il, de retenir quelques instants l'attention et d'être soigneusement méditée.

La DÉSHYDRATATION de L'ORGANISME dans le TRAITEMENT des DERMATOSES

Par le docteur Hugo HECHT, dozent (de Prague)

Étant donné que dans les eczémas et les dermatoses suintantes étendues la sécrétion urinaire est souvent diminuée, nous avons essayé de favoriser les effets des traitements usuels en procédant, depuis plusieurs années, à une déshydratation énergique du malade.

Cette déshydratation peut être provoquée de deux manières : par des cures diaphorétiques ou par stimulation de la diurèse.

Pour stimuler la *sudation*, on peut recourir à la pilocarpine, aux préparations salicylées ainsi qu'aux méthodes physiothérapiques. Chez les adultes, la cure de pilocarpine se fait par injections à la dose de 1 cg. On doit veiller attentivement aux contre-indications et attirer l'attention du malade sur les légers incidents qui peuvent survenir. Parmi ces incidents figurent les crampes et les troubles intestinaux, les contractions utérines, des troubles cardiaques, des modifications de la pupille et de la vision, parfois des nausées avec vomissements.

L'emploi des préparations salicylées est assez connu pour que nous n'ayons pas à nous étendre sur leur emploi.

Les méthodes physiothérapiques comprennent les bains de baignoire chauds, les bains de vapeur, les bains d'air chaud, les bains de lumière et les enveloppements divers.

La *diurèse* peut être obtenue par les prescriptions diététiques connues ou par des diurétiques énergiques, mercuripuriques surtout, en injections ou en suppositoires.

La déshydratation est *indiquée* principalement dans :

a) Les processus exsudatifs de la peau, ainsi que dans les affections allergiques ;

b) L'urticaire et l'œdème de Quincke ;

c) Des affections comme le prurigo, l'ichtyose, le pityriasis lichénoïde, le parapsoriasis, etc.

Les méthodes de déshydratation qu'on vient de voir ne sont naturellement pas indifféremment indiquées pour toutes ces maladies. Ainsi, par exemple, dans les processus exsudatifs, on ne prescrira pas de bains ni de méthodes capables de provoquer de la sudation ; en pareil cas, on se bornera à stimuler la diurèse. Dans les affections du dernier groupe, on peut avoir recours simultanément aux deux méthodes de déshydratation, c'est-à-dire stimuler la sudation en même temps que la diurèse. Il est important de vérifier l'intégrité des viscères, comme le cœur et les reins, qui sont fortement mis à contribution par le processus de déshydratation.

Les *résultats thérapeutiques* sont souvent frappants, comme on peut le voir par quelques exemples :

1o Homme d'environ 50 ans, assez corpulent, souffre depuis plusieurs semaines d'une *urticaire* violente qui le gêne beaucoup, surtout la nuit, en raison du prurit. Dans le courant de la journée surviennent, dans les circonstances les plus diverses, des plaques urticariennes intenses qui, parfois, atteignent les dimensions d'une paume de main. Tous les médicaments connus lui ont déjà été prescrits. On n'a jamais pu établir l'existence d'une cause allergique. Nous le traitons alors par le régime sans sel, les bains chauds deux fois par jour et les suppositoires de Novurit. Dès le deuxième jour, survient une amélioration considérable en même temps que le volume des urines augmente régulièrement. Au bout de 6 jours, l'urticaire était guérie ; il ne s'est pas produit de récidive au cours des mois suivants ;

2o Malade de 65 ans, vient consulter pour une *dermite aiguë* du cuir chevelu, de cause inconnue. En quelques jours, tout le corps a été atteint, transformé en une surface enflammée et fortement suintante. Localement, nous n'avons fait appliquer qu'une poudre inerte. Pour provoquer la déshydratation, nous avons eu recours à un sel de calcium et aux suppositoires de Novurit. Le volume des urines qui, auparavant, n'atteignait que 450 cm^3, s'éleva bientôt à 2,5 l. par jour. Au bout de 3 jours de ce traitement, le suintement cessa et, sous l'influence du traitement local usuel, la guérison se fit en 10 jours ;

3o *Erythrodermie arsenicale* survenue au cours d'une troisième cure arsénobenzolique chez un homme de 31 ans. Au syndrome ordinaire de la dermatose, s'ajoutait un suintement important du corps et des extrémités, résistant aux méthodes usuelles de traitement ; en même temps, existait une fièvre assez intense. Un régime pauvre en sel et en liquide fut prescrit et, en outre, on administra le diurétique mercuropurique. En 3 jours, le suintement cessa et il semble que la guérison de l'érythrodermie se produisit plus vite qu'à l'ordinaire.

En conclusion nous pouvons affirmer que dans un certain nombre de dermatoses, particulièrement les dermatoses œdémateuses et suintantes, on peut obtenir une amélioration remarquablement rapide par les diverses méthodes de déshydratation de l'organisme, diaphorétiques et diurétiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 31 janvier 1939

M. le Président fait part de la mort de M. Jean-Eugène Léger, membre titulaire depuis 1913, dans la section de pharmacie.

La transfusion sanguine d'urgence en temps de guerre. — MM. Gosset, Lévy-Solal et Tzanck font une très importante communication sur la nécessité de prévoir sans retard la désignation du personnel nécessaire pour la transfusion du sang. Il est urgent, dès le temps de paix, de procéder à l'approvisionnement en sang conservé, sans supprimer toutefois la transfusion par donneurs qui, dans certains cas, pourra s'imposer.

Il existe actuellement dans les hôpitaux parisiens plus de 150 techniciens de la transfusion. Ils pourraient être utilisés par les services compétents, soit comme moniteurs, soit comme consultants.

Le plan que propose M. Gosset et ses collaborateurs, écouté avec une grande attention par l'Académie, donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Barrier, Levaditi et Laubry. Il est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Auvray, Barrier, Laubry, Lenormant, Rouvillois, Sacquépée et Gosset.

La radiophotographie de Manoel de Abreu. Son application à la stratigraphie pulmonaire. — M. G. Ronneaux emploie avec succès la radiophotographie pulmonaire de Manoël de Abreu. Cette méthode consiste dans la photographie de l'écran radioscopique. Elle est d'un prix de revient minime et s'applique économiquement au dépistage de la tuberculose.

L'auteur l'applique aux méthodes analytiques de radiographie pulmonaire. Il réalise ainsi un repérage préalable des « tranches » du poumon porteur de lésions, repérage ne coûtant que quelques francs, et limitant le nombre des grands clichés utiles à un ou deux au lieu de 6 à 10, réalisant une économie en film de 60 à 85 %, pouvant même atteindre 100 %, se chiffrant donc par 150 à 200 fr. pour un seul examen.

Pouvoir précipitant vis-à-vis du sérum humain normal, du sérum de lapins injectés avec des précipités alcooliques d'urine humaine normale. — M. Waitz.

Le diagnostic du tétanos. Tétanos et syndromes tétaniformes. — M. Lombard.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine). M. Philippe Pagniez est élu au premier tour de scrutin par 61 voix sur 75 votants.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ALERTE AU CORPS MÉDICAL

Bien des imprudences ont été commises dans l'application de la loi sur les Assurances sociales.

La première fut d'accepter de collaborer à cette loi sans avoir obtenu des garanties suffisamment précises ; ensuite ce fut de ne pas maintenir avec assez d'énergie la position que nous avions acceptée et les conditions posées. Puis ce fut le laisser aller qui permit à ces organisations que leur puissance financière rendait redoutables, les Caisses, de nous grignoter peu à peu. Ce fut aussi de ne pas vouloir prévoir les conséquences immédiates ou lointaines de certaines dispositions législatives ou administratives et de ne pas s'être employé à obtenir les modifications indispensables à notre sécurité.

En face de cette politique de facilité, les Caisses ont poursuivi patiemment, inlassablement leur politique d'absorption de la médecine et des médecins : elles ont gagné tout ce que notre inertie nous a fait perdre.

Une des dispositions législatives qu'elles ont obtenues leur a donné le droit d'accorder ou de refuser, dans la pratique, aux maisons de santé l'agrément selon leur bon plaisir ; elles peuvent pénaliser les assurés sociaux en diminuant de 20 à 30 % leur remboursement lorsqu'ils se font opérer dans des maisons de santé n'ayant pas leur agrément ; elles prennent le droit, sous prétexte de leur indiquer les maisons de santé agréées, de diriger les assurés sur telle ou telle formation de leur choix.

Il en est résulté, pour les chirurgiens, la nécessité d'envisager une convention instituant un tarif limitatif. Et, pendant ce temps, les Caisses ont envoyé aux maisons de santé une circulaire exigeant pour l'agrément un forfait global, honoraires et frais d'hébergement, qui ne laissera même plus aux chirurgiens les honoraires syndicaux minima. Nombre de maisons de santé, nombre de nos confrères chirurgiens sont ainsi acculés à la capitulation ou à la ruine.

C'est maintenant le tour des médecins praticiens. Dans un département voisin, une convention a été signée acceptant le tarif limitatif pour la visite et la consultation : ironie des mots, le plafond des honoraires sera le tarif syndical minimum.

Si un médecin croit, pour diverses raisons, devoir prendre à un assuré des honoraires supérieurs à ce minimum, il pourra être traduit — il le sera — devant le Conseil de famille pour les justifier !

Comme il était à prévoir, les Caisses prétendent imposer aux médecins de la Seine la même convention.

Ce serait pour beaucoup une diminution des honoraires au moment où des charges progressives accablent les médecins ; ce serait ultérieurement un nouveau marchandage et une diminution générale de ces honoraires.

Nous sommes au bord de l'abîme : il appartient aux médecins de dire s'ils veulent demeurer libres et il leur appartient aussi d'exiger que leurs droits les plus légitimes dont celui à l'existence soient enfin défendus.

A. Herpin.

CHRONIQUE

GOUDRONNAGE DES ROUTES ET CANCER

Le goudronnage des routes passe pour être cancérigène (Kling, Samssonov, Mlle Héros), ce que nient les professeurs Roussy et Sergent (Académie de Médecine, séance du 11 octobre. Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1938, n° 83, p. 1329). Dès 1929 et 1930 (Société de Pathologie comparée), nous avons signalé et admis la cancérisation en nous basant sur la pénétration simultanée du goudron et des poussières siliceuses des routes qui, anguleuses, taillent et coupent, ce qui est plus actif que le goudronnage de la peau des souris rasées, lequel les cancérise). Le docteur S. Icard (de Marseille) a indiqué, signe médico-légal, que la profession peut être décelée par la pénétration de poussières même en des boîtes les mieux fermées (boîtiers de montres). La quantité de poussière qui pénètre dans l'organisme est faible, mais est perforante par sa nature cristalline. Dans les milieux médicaux où nous avons présenté nos observations, on les trouva plausibles, vraisemblables. Du reste, nous avions constaté aux rayons X l'augmentation des cancers pulmonaires aujourd'hui reconnue.

Cancers digestifs plus nombreux aussi, mais ceux-ci ont tant de causes que la discrimination en est difficile.

L'idée a mis du temps à évoluer, mais avec les savants en présence, elle ne peut tarder à se solutionner, et si des accidents mortels sont évités par le goudronnage des routes (par dérapages évités ou autrement) on surveillera mieux les automobilistes de façon à les soigner à la moindre lésion, dès le début, le cancer étant alors curable. Des circulaires de M. Justin Godart, alors ministre du Travail et de l'Hygiène, en informaient le grand public, et la récente Semaine du Cancer a rendu ces prescriptions et avis officiels tout à l'actualité.

Foveau de Courmelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Adénopathies généralisées de l'adulte, par G. Carrière, Cl. Huriez et M. Codron, un vol. de 119 pages, chez Doin et Cie, éditeurs, Paris (6e), 8, place de l'Odéon, 1938.

Fièvre jaune, par Ricardo Jorge (texte français) Arquivos do Instituto de Higiene Dr Ricardo Jorge, vol. IV, Fasc. 1°, Lisboa 1938.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.


AMYLODIASTASE
PHOSPHATES, DIASTASES
ET VITAMINES DE
CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
ET
SIROP
THÉPENIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPENIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 11. — MERCREDI 8 FÉVRIER 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS.
Médecine et éducation. — II. Le rôle du médecin vis-à-vis des enfants et des jeunes gens en tant qu'individualités, par M. le professeur Pierre NOBÉCOURT.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences. — Académie de chirurgie.

CHRONIQUE.
La leçon inaugurale de M. le professeur Clovis Vincent, par F. L. S.

CALENDRIER DES CONGRÈS. — Liste complémentaire.

LIVRES NOUVEAUX.

NOTES POUR L'INTERNAT.
Signes et diagnostic de l'endocardite d'Osler, par M. G. LE SUEUR (à suivre).

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat* (oral). — Jury : MM. Monier-Vinard, Lemaire, Bourgeois (Pierre), de Brun du Bois-Noir, Hamburger, Soupault, Métivet, Girode, Cantonnet, Sureau.

La première séance aura lieu Mardi 14 février à 16 h. 30 à la salle des Concours, 2, *rue d'Arcole.*

Liste alphabétique des candidats admissibles au concours de l'Internat en Médecine :

MM. Albert (André), 27 ; Albou, 26 ; Alhomme, 26 ; Alloiteau, 33 ; Alpérine (Georges), 26 ; Amado (Georges), 30 1/2) ;Ancelin (André), 28 1/2 ; Mlle Antoine (Clotilde), 34.

MM. Arnaud (Aimé),27 1/2 ; Audoly (Paul), 35 ; Auquier (Louis), 30 ; Aurégan (Maurice), 35.

MM. Bach (Charles), 34 ; Barbier (Pierre), 38 1/2 ; Barré (Yves), 32 1/2 ; Bastin (Raymond), 40 1/2 ; Bauchart (Jean), 38 ; Baudon (Jacques), 30 ; Béna (Michel), 27 ; Bergeron (André), 28 ; Bernard (Pierrre), 39 ; Bernard (Pierre, Maurice), 27 ; Berthon (Pierre), 34 ; Bertier (Jacques), 29 ; Bessière (Maurice), 32 ; Blanc (Guy), 33 1/2 ; Blancard (Jacques), 35 1/2 ; Blanchon (Pierre), 41 1/2 ; Blondé (André), 28 ; Bolivar (Jean), 30 ; Bonvallet (Jacques), 38 ; Bouche (Jean), 38 ; Bouillié (Raymond), 26 1/2 ; Boulay (André), 27 ; Bourdin (Jacques), 37.

Mlle Bourget (Geneviève), 35 ; Mlle Bournisien (Marthe), 37. MM. Brac (Jean), 29 ; Braillon (Philippe), 28 ; Brenier (Jack), 37 ; Mlle Brisac (Colette), 33 1/2 ; M. Butet (André), 34.

MM. Cachin (Yves), 37 1/2 ; Mme Cachin (née Dicky), 29 ; Cahn (Léon), 30 ; Caldier (Lucien), 28 ; Camus (Jean), 29 1/2 ; Capron (Pierre), 39 ; Carlotti (Jacques), 32 1/2 ; Caufment (André), 28 1/2; Mlle Caulliez (Madeleine), 26 1/2; Mlle Chaillet (Nicole), 35 ; MM. Chappellart (Pierre), 29 1/2 ; Chartrain (Emile), 31 ; Chessebeuf (Louis), 27 ; Ciaudo (Denis), 39 1/2 ; Mlle Corre (Lucienne), 31 ; MM. Cossart (René), 30 1/2 ; Courchet (Adolphe), 36 ; Courjaret (Jacques), 32 1/2 ; Courtenay-Mayers, 26 1/2 ; Crépin (Guy), 30.

MM. Danion (Jean), 27 ; Danset (Pierre), 32 ; Darricau (Aimé), 40 ; Daumet (Henri), 34 1/2 ; Davy (André), 32 ; Debost (Jérôme), 26 1/2 ; Debusschère (Frédéric), 37 ; Delatour (Jacques), 28 ; Delouche (Gaston), 28 ; Demassieux (Jean) : 32 1/2 ; Demétriadès (Mario), 27 ; Denizet (Pierre), 31; Mlle Depître (Claire), 33 1/2 ; MM. Deslandes (Edouard), 35 ; ~~Devieux (Félix), 27 1/2 ; Devimeux~~ (Pierre), 32 ; Didier (Raymond), 26 ; Mlle Doumic (Alice), 26 ; M. Dubel (Guy), 30 1/2; Mlle Dubois (Laure), 33 1/2; MM. Ducournau (Jean), 33 1/2 ; Dufresne (Pierre), 30 ; Duhamel (Georges), 30 ; Dupont (Victor), 28 1/2 ; Durupt (Lucien), 36.

MM. Edelmann (Gilles), 39 ; Eman-Zadeh (Agha), 33 ; Enel (Jacques), 34 1/2.

M. Ferrand (Guy), 28 ; Mlle Fillon (Colette), 28 ; MM. Flabeau (Fernand), 38 1/2 ; Fortin (Pierre), 32 1/2 ; Mlle Fossier (Jeanne), 27 ; MM. François (Armand), 33 ; Frinault (Georges), 33 ; Fronville (Pierre), 29.

MM. Galand (Maurice), 29 ; Galey (Jean), 26 ; Galmiche (Paul), 39 ; Mlle Garnier (Marie), 34 ; MM. Gauthey (Maurice), 28 ; Gertzberg (Victor), 26 ; Gibrat (Achille), 27 ; Godlevsky (Guy), 27 ; Gorin (Raymond), 26 ; Goury-Laffont, 42 ; Mlle Granier (Régine), 28 ; MM. Granjon (André), 41 ; Grel (Pierre), 26 ; Mlle Grould (Paule), 31 ; M. Guichard (Raoul), 29.

MM. Hadengue (André), 31 1/2 ; Hagège (Elie), 31 ; Haguet (Jean), 29 1/2 ; Mlle Hahn (Marie), 42 ; Mlle Haller (Renée), 36 1/2; MM. Haquin (Charles), 30 ; Hébert (André), 33 ; Hemeury (Jean), 33 ; Henrot (Henri), 39 ; Hermann (André), 29 ; Hervet (Emile), 32 ; Mlle Heulot (Raymonde), 30 ; MM. Hewitt (Jean), 31 ; Hiverlet (Emile), 26 ; Horvilleur (Pierre) 35 1/2 ; Hussameddin (Djavid), 35.

MM. Isal (Paul), 35 1/2 ; Isorni (Philippe), 42 1/2.

MM. Jardel (Gérard), 35 1/2 ; Joinville (Eugène), 28 ; Jomier (François), 26 1/2 ; Joublin (Jean), 45 ; Joussemet (Raoul), 34 1/2 ; Mlle Jurain (Odette), 30.

Mlles Kaeppelin (Maurice), 33 ; Kahn (Madeleine), 38 1/2; MM. Kartun (Paul), 31 1/2 ; Klein (Michel), 31 ; Kloskas (Moïse), 43 ; Kreisler (Léon), 32 1/2 ; Kropff (Georges), 31.

MM. Labayle (Jean), 28 ; Lacour (Jean), 26 ; Lambert (Léon), 31 ; Lamy (Robert), 29 ; Landau (Pierre), 27 ; Lang (Paul), 28 ; Lanvin (Michel), 27 ; Laroche (Claude), 36 ; Lasry (José), 45 ; Léandri (Lucien), 26 1/2 ; Le Brigand (Jean), 40 1/2 ; Le Brigand (Henri), 38 ; Lecointe (Pierre), 33 ; Mlle Lefèvre (Jacqueline), 45 ; MM. Léger (Michel), 28 1/2 ; Legrand (Marcel), 31 ; Lelièvre (Jean), 32 ; Leprat (Serge), 29 ; Lhermet (Georges), 31 ; Libert (Raymond), 26 ; Lichnewsky (René), 44 ; Lienard (Jean), 28 ; Mlle Lipmann (Charlotte), 36 ; M. Loubrieu (Jean), 31.

MM. Mage (Jean), 36 ; Maignan (Charles), 33 ; Marchal (Louis), 30 ; Marzet (Alexis), 32 1/2 ; Mathias (Jean), 26 ; Mattei (Marc), 27 ; Maurice (Pierre), 29 1/2 ; Mayaud (Jean), 32 ; Medvedeff (Michel), 30 ; Mlle Mendras (Marie), 40 ; Métropolitanski (Jacques), 29 ; Mlle Meugé (Yvonne), 27 1/2; M. Michon (Jacques), 27 ; Mlle Meunier (Andrée), 44 ; M. Moch (Bernard), 38 ; Mlle Monghal (Thérèse), 30 1/2 ; MM. Monod (Claude), 32 1/2 ; Monod (Marc), 27 1/2 ; Mlle Moreau (Jacqueline), 32 1/2 ; M. Msélati (Edmond), 29 1/2.

MM. Nataf (Aaron), 38 1/2 ; Nehlil (Jacques), 28 1/2 ; Nomdedeu (Henry), 26.

MM. d'Oelsnitz (Michel), 36 ; Orfali (Joseph), 39 1/2.

MM. Paley (Jean), 39 ; Parsy (Gilbert), 33 1/2 ; Pergola (Frédéric), 33 ; Pérol (Etienne), 33 ; Petit (Jacques), 27 ; Piard (André), 26 1/2 ; Pluvinage (Roger), 41 ; Poirier (René), 26 ; Polliot (Louis), 30 ; Poussier (François), 38 ; Pradelle (Roger), 29 ; Prochiantz (Alek), 33 ; Pruvot (Georges), 27.

MM. Radzievsky (Georges), 29 1/2 ; Renault (Pierre), 33 ; Reynaud (Jean), 29 ; Richet (Gabriel), 35 ; Rie (Georges), 36 ; Roblin (Jean), 30 ; Roger (René), 34 ; Rognon (Lucien), 35 1/2 ; Roman (Marc), 28 ; Rometti (Alde), 31 1/2 ; Ronsin (Michel), 29 ; Mlles Rosenkovitch (Esther), 30 ; Rosental (Louise), 31 ; MM. Rosey (Jean), 29 1/2 ; Royer (Eugène), 32 1/2 ; Ruel (Henri), 34 1/2.

M. Saltet de Sablet (Maur), 32 ; Mlles Samuel (Hélène), 29 ; Saulnier (Micheline), 31 ; MM. Scebat (Lucien), 38 ; Scherrer (Jean), 26 1/2 ; Schneider (Maurice), 33 1/2 ; Mlle Schweisguth (Odile), 34 ; MM. Sebag (Abraham), 27 ; Seviléano (Eugène), 27 1/2 ; Seyer (Jean), 36 1/2 ; Sicard (Jacques), 29 ; Sriber (André), 26 ; Staub (Michel), 32 ; Stépanoff (Anatole), 29.

MM. Tahar (Lucien), 28 ; Ternier (Alexandre), 29 ; Thaon (Michel), 29 1/2 ; Thierry (Jean), 26 ; Tola (Ricardo), 29 ; Tostivint (René), 34 ; Toufesco (Nicolas), 33 ; Mlle Tourneville (Renée), 27; MM. Tran-Van-Hoa, 28; Tricard (Armand), 27 ; Tricot (Robert), 35 ; Tubiana (Raoul), 35.

M. Umdenstock (Robert), 26.

MM. Verliac (François), 31 ; Verriez (Charles), 40 1/2 ; Viguié (Roger), 34 ; Vila (Roger), 26.

MM. Weyl (Jean), 28 ; Wolf (Jacques), 28.

M. Xambeu, 27.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Boudet, professeur de thérapeutique et matière médicale est transféré dans la chaire de médecine infantile (dernier titulaire : M. Étienne Leenhardt).

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Tapie, professeur d'anatomie pathologique, est transféré dans la chaire de clinique médicale (dernier titulaire : M. Laporte).

Légion d'honneur. — Education nationale. — *Officiers :* MM. Justin Jolly, professeur au Collège de France ; Olivier, professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Chevaliers : MM. Leconte, à Rouen; Leroy, à Montreuil-sur-Mer.

Education physique. — *Officier :* M. Le Page, à Orléans.

Chevalier : M. le professeur Merklen, à Nancy.

Santé publique. — *Grand officier :* M. de Martel de Janville, chirurgien en chef de l'hôpital américain.

Officiers : MM. Bloch (André), chef de service à l'hôpital Laënnec, à Paris ; Charpentier, professeur à l'Ecole de Médecine de Dijon ; Chauvel, à Quimper.

Chevalier : M. Berger, à Béziers ; Mme Bertrand-Fontaine, à Paris ; MM. Duhamel, à Colmar ; Mallet, à Souillac ; Merlin, à Paris ; Stuhl, à Paris.

Pension. — *Officier :* M. Beyrand.

Chevalier : M. Bo lay.

Intérieur. — *Officier :* M. Durand, chirurgien en chef de l'hôpital de Dreux.

M. le docteur Bétuel (à Paris) a été nommé chevalier du Mérite agricole.

(Suite des informations page 186.)

MÉDECINE ET ÉDUCATION

Par M. le Professeur PIERRE NOBÉCOURT

II. — Le rôle du médecin vis-à-vis des enfants et des jeunes gens en tant qu'individualités (1)

Samedi dernier (2), j'ai exposé dans leurs grandes lignes et sans entrer dans les détails les caractéristiques principales des enfants et des jeunes gens, qui permettent de décrire un *type moyen* ou, plus exactement, une *série de types moyens*, se succédant pendant la croissance staturale. La connaissance de ces types moyens permet d'*élaborer des méthodes d'éducation*, qui reposent sur des *bases physiologiques* et sont *conformes à la nature* des enfants et des jeunes gens. Le rôle du médecin, au moment de l'élaboration de ces méthodes, consiste à éclairer l'éducateur sur les aptitudes et les possibilités, dans l'ordre physique, dans l'ordre physiologique et dans l'ordre psychique, des sujets à qui elles sont destinées.

Il est indispensable d'envisager des types moyens ; sinon, il serait impossible de codifier des règles générales. Mais ces types constituent, en quelque sorte, des schémas, des abstractions, qu'il faut se garder de considérer comme des réalités. Certes, beaucoup de sujets s'en rapprochent plus ou moins ; mais beaucoup d'autres s'en éloignent.

A côté des ressemblances, il existe, entre les enfants et les jeunes gens de mêmes âges, comme entre les adultes, des différences souvent très grandes ; tous ne sont pas coulés dans le même moule ; la diversité est la règle, aussi bien dans l'ordre physique que dans l'ordre psychique. Il n'y a que des individus et non pas un être humain idéal ; ce sont des individus qui vivent, sentent, pensent, agissent.

L'*individualité* existe dans nos cellules et dans nos humeurs. « Il n'y a point, écrit Dastre, une nature vivante unique, un seul protoplasma ; il y en a une infinité, autant qu'il y a d'individus distincts. Si semblable qu'un homme soit à un autre, on est contraint d'admettre qu'ils diffèrent par la substance qui les constitue. »

De son côté, M. Alexis Carrel s'exprime ainsi : « L'individualité est un caractère fondamental de l'homme. Elle ne consiste pas seulement en un certain aspect du corps et de l'esprit. Elle imprègne tout notre être. »

Or, cette notion de l'individualité est trop souvent méconnue par les éducateurs, comme d'ailleurs par les sociologues et les législateurs. Cette erreur est la source de bien des malheurs pour les hommes et en particulier pour les enfants et les jeunes gens ; elle est la cause de bien des déboires.

Les médecins connaissent l'importance de l'individualité ; ils sont accoutumés de soigner, non pas des maladies, mais des malades, qui se comportent chacun à sa façon vis-à-vis des processus morbides et des agents thérapeutiques.

Ceux qui s'occupent des enfants et des jeunes gens savent que les uns se développent régulièrement, ont une bonne constitution, un bon tempérament, jouissent de la santé, que d'autres, au moins aussi nombreux, n'ont pas une croissance ou une puberté régulières, ont des constitutions, des tempéraments particuliers, et, sans être positivement des malades, n'ont pas la santé.

Ils constatent souvent pour ces sujets, d'une part, les conséquences nuisibles d'une éducation mal adaptée et, d'autre part, l'impossibilité de bénéficier des méthodes usuelles d'éducation et d'instruction.

Il leur appartient d'avertir l'éducateur, de le renseigner sur les aptitudes et les possibilités de ces sujets, sur le genre de vie qui leur est nécessaire, sur les contre-indications qu'ils présentent pour les méthodes usuelles d'éducation et les indications pour l'emploi de méthodes spéciales. Il leur appartient de surveiller la santé de ces sujets, de prescrire l'hygiène et les traitements nécessaires, de collaborer étroitement avec l'éducateur pour la direction de l'éducation.

Ici, nous sommes sur le terrain de la *clinique*, de la *pratique médicale*. Ce sont les méthodes cliniques que nous utilisons pour l'examen des sujets ; jointes aux méthodes anthropométriques, elles nous permettent d'apprécier les particularités qu'ils peuvent présenter.

Je laisse de côté aujourd'hui les malades, les infirmes, les anormaux. Je parle seulement des modalités de la croissance et de la puberté, de la santé, des tempéraments.

***

La CROISSANCE STATURALE, nous l'avons vu, est un des phénomènes les plus caractéristiques de l'enfance et la jeunesse. Elle se poursuit, en général, suivant un rythme et une chronologie qui font qu'à un âge donné, les enfants et les jeunes gens ont une certaine taille. C'est le *type moyen*, qui sert de terme de comparaison.

On observe de temps en temps des sujets dont la croissance correspond exactement à ce type.

La plupart des sujets s'écartent dans une certaine mesure de ce type, tout en restant dans des limites qui permettent de les considérer comme présentant une croissance staturale et des tailles moyennes. Il faut être très large dans l'estimation de ces limites : je pense qu'on peut, arbitrairement sans doute, considérer comme moyennes des tailles dont l'excès ou la réduction sur la moyenne de l'âge et du sexe ne dépassent pas 5 %.

Quand l'excès ou la réduction sur la moyenne atteignent ou dépassent 6 %, on est en droit de penser que les sujets sont ou trop grands ou trop petits, présentent soit de l'*hypertrophie*, soit de l'*hypotrophie staturale*. Suivant l'importance de l'écart, celles-ci sont *légères*, *moyennes* ou *fortes ;* quand elles sont très fortes, les hypertrophies se confondent avec le *gigantisme*, les hypotrophies avec le *nanisme*.

Pour apprécier les conséquences de ces croissances staturales exagérées ou insuffisantes, il ne faut pas les considérer en bloc, il faut distinguer *deux groupes de faits*, d'après les caractères anthropométriques et morphologiques des sujets.

Il y a des sujets présentant soit de l'hypotrophie, soit de l'hypertrophie staturale, dont le *corps est harmonieux :* ils sont mesoskèles pour leurs tailles, ont des poids, des

(1) *Clinique médicale des enfants*, leçon du 26 novembre 1938.

(2) P. NOBÉCOURT, Médecine et Éducation. I. Le rôle du médecin dans l'élaboration des méthodes d'éducation. Leçon du 19 novembre 1938. *Gazette des Hôpitaux*, 1939, n° 9.

périmètres thoraciques, des coefficients de Pignet conformes ou à peu près à ceux des sujets soit plus jeunes, soit plus âgés, de même taille. Ils ont des *hypotrophies* ou des *hypertrophies staturales simples, physiologiques.* La plupart ne sont pas des malades ; ils jouissent de la santé.

D'autres sujets, au contraire, de haute ou de petite stature, présentent des *dysharmonies morphologiques.* Ils sont macroskèles ou brachyskèles pour leurs tailles ; leurs poids, leurs périmètres thoraciques, leurs coefficients de Pignet, diffèrent sensiblement des moyennes correspondant à leurs tailles. Ils ont des *hypertrophies* ou des *hypotrophies staturales complexes.* Ils n'ont pas la santé, ce sont des chétifs et souvent des malades.

Un type assez souvent rencontré est celui de l'*hypertrophie staturale du type Hutinel.* Il s'agit d'enfants ou de jeunes gens trop grands, macroskèles, au thorax étriqué, maigres, ayant un coefficient de Pignet élevé. Ils présentent des dystrophies osseuses et viscérales, ont des troubles digestifs et hépatiques, des troubles de la circulation et de la respiration, souvent de l'albuminurie de position ou de digestion.

Dans l'un et l'autre groupe peuvent être intriqués des *troubles de l'évolution pubérale.*

Les sujets du *premier groupe* peuvent être soumis aux méthodes d'éducation utilisées pour ceux de leur âge, qui rentrent dans le type moyen.

Du point de vue de l'éducation physique, il faut faire quelques réserves pour les sujets trop petits ; à partir d'un certain âge, ils ont souvent de la peine, du fait de leur retard de développement, à faire les exercices qui conviennent à des sujets du même âge de taille moyenne ; ces exercices peuvent entraîner du surmenage physique.

Du point de vue de l'éducation intellectuelle, ils peuvent suivre l'enseignement approprié à leur âge. D'une façon générale, le développement et l'activité intellectuels ne sont pas fonction de la taille.

Il en est tout autrement pour les sujets du *second groupe.* Ils sont généralement inaptes à participer à l'éducation physique et intellectuelle des sujets moyens de leur âge et celle-ci exagère les troubles de leur santé.

Ces conséquences résultent avant tout des facteurs étiologiques et pathogéniques qui peuvent être à l'origine du trouble de la croissance ou lui être intriqués.

Cependant une croissance exagérée peut avoir une part de responsabilité. Comme l'écrit le professeur Mouriquand dans une conférence sur *Les grandes phases du développement de l'enfant*, publiée dans le livre sur *Médecine et éducation* que j'ai cité samedi dernier : « Le développement activé fait des appels incessants aux réserves phospho-calciques de l'organisme. Ces réserves existent principalement dans le système nerveux et dans les poumons. La spoliation nerveuse entraîne ces asthénies, ces dépressions physiques et psychiques si fréquentes à cet âge, cette tendance aux tics, à l'instabilité, à l'inattention, qui frappe les éducateurs. »

On a cherché à préciser par des nombres les *rapports entre le développement physique et le développement intellectuel.* Dans son livre de 1910 sur *Les idées modernes sur les enfants*, Alfred Binet donne le résultat de ses observations.

Sur 100 enfants ayant un développement physique avancé :

33 ont un développement intellectuel avancé ;
46 — — — régulier ;
21 — — — retardé.

Sur 100 enfants ayant un développement physique régulier :

35 ont un développement intellectuel avancé ;
33 — — — régulier ;
30 — — — retardé.

Sur 100 enfants ayant un développement physique retardé :

22 ont un développement intellectuel avancé ;
39 — — — régulier ;
39 — — — retardé.

On constate que :

Les avancés intellectuels sont moins nombreux parmi les retardés physiques (22 %) que parmi les enfants à développement physique régulier (35 %) ou avancé (33 %) ;

Les retardés intellectuels sont plus nombreux chez les retardés physiques (39 %) que chez les enfants à développement physique régulier (30 %) ou avancé (21 %).

« Ainsi, conclut Alfred Binet, la relation cherchée existe certainement, mais elle n'apparaît que dans les grands nombres ; et elle se trouve démentie dans une minorité si imposante des cas qu'elle ne pourrait servir à aucun diagnostic individuel. »

D'autres observateurs ont abouti à des constatations contraires aux précédentes.

M. Henri Laugier, M. Toulouse et Mlle Weinberg, en 1934, constatent que, par rapport à la moyenne générale, les élèves les meilleurs ont presque toujours des indices somatiques inférieurs, tandis que les derniers élèves ont des indices supérieurs.

MM. Laufer et Pellé, poursuivant une enquête analogue chez les enfants de plus de 10 ans, expliquent ces faits par la façon différente dont les élèves travaillent : ceux qui forment le premier quart de la classe travaillent plus de dix heures par jour et n'ont pas d'activité physique ; ceux qui forment le dernier quart travaillent une heure et demie de moins et ont une activité physique plus grande.

La conclusion de ces faits et de l'observation journalière est qu'il ne faut pas vouloir établir une relation entre le développement physique et le développement intellectuel. Il faut surtout tenir compte des troubles de la santé intriqués aux anomalies du développement, ainsi que de la condition sociale et de la moralité des parents ; la chétivité dépend souvent d'une mauvaise alimentation, d'une mauvaise hygiène, d'un logement malsain. Ces facteurs peuvent agir à la fois sur le développement physique et sur le développement intellectuel.

***

La PUBERTÉ, comme je l'ai montré samedi dernier, joue un grand rôle en matière d'éducation physique, intellectuelle et morale. La distinction entre les *impubères* et les *pubères* est capitale.

J'ai exposé la chronologie et le rythme qui caractérisent le *type moyen* de l'évolution pubérale.

Or les modalités différentes du type moyen sont très fréquentes. Il y a des *pubertés précoces* et des *pubertés tardives*, des *pubertés à évolution rapide* et des *pubertés à évolution lente ;* il y a des pubertés qui *ne s'achèvent pas ;* parfois, la puberté est *absente.*

Les âges différents où surviennent les *premières menstruations*, points de repère de l'éclosion de la puberté, sont un exemple de cette diversité. Toutes les statistiques l'établissent. Je me borne à citer celle que j'ai dressée en 1936, avec MM. Briskas et Abaza, d'après les filles observées à l'hôpital et à ma consultation privée.

100 filles âgées de 10 à 17 ans et réglées ont eu leurs premières menstruations :

43 dans la quatorzième année ;
19 — treizième année ;
19 — quinzième année ;
14 — onzième ou la douzième années ;
3 — seizième ou la dix-septième années.

Cette diversité a des conséquences éducatives, puisque, aussi bien pour les filles que chez les garçons, une division doit être faite entre *impubères* et *pubères.*

Les enfants à puberté précoce sont généralement aptes à bénéficier des méthodes éducatives applicables aux pubères, avant l'âge adopté pour le type moyen. Inversement, des enfants à puberté tardive ne sont souvent pas aptes à bénéficier des méthodes appliquées à des sujets de même âge, déjà pubères.

Parfois, la puberté s'installe, mais elle ne s'achève pas ; en pareil cas, l'organisme ne se perfectionne pas pendant la jeunesse, n'acquiert pas la maturité ; le sujet reste un juvénile au delà de la limite habituelle.

S'il n'y a pas de puberté, du fait soit d'une anorchidie ou d'une anovarie, soit d'un cranio-pharyngisme détruisant l'antéhypophyse, le sujet reste un infantile passé l'âge où se termine civilement l'enfance.

Dans ces dernières circonstances, le développement physique et le développement intellectuel sont plus ou moins déficients ; il faut en tenir compte pour l'éducation physique, intellectuelle et morale.

A côté de l'*âge civil*, qui est lié à la date de la naissance, il faut considérer l'*âge physiologique*, qui est subordonné au développement de l'organisme et surtout à la puberté. Quand on envisage le type moyen, ces deux âges concordent. Mais, chez beaucoup d'enfants, ils ne concordent pas : physiologiquement, ils sont soit plus âgés, soit plus jeunes que ne le comporte leur âge civil ; des sujets qui ont atteint l'âge de la jeunesse sont encore des enfants ; des sujets qui ont encore l'âge d'un enfant sont déjà des jeunes gens.

La connaissance de ces faits explique certaines modalités physiques, intellectuelles et morales des enfants et des jeunes gens. Elle permet au médecin de donner à l'éducateur la raison du comportement de certains sujets, qui ont de la peine à suivre l'enseignement donné à leur âge, qu'on a tendance à considérer comme peu intelligents, comme des retardés intellectuels ; il ne faut pas les forcer, sous peine de les exténuer ; la puberté venue, ils se transforment. Elle permet de ne pas attribuer trop d'importance à une précocité intellectuelle, car souvent un sujet, en avance sur les camarades de son âge, ne tardera pas à revenir à leur niveau.

On ne saurait trop insister sur ces faits. Comme l'écrit Alfred Binet : « On a souvent à prendre en considération l'âge d'un enfant, par exemple pour la classe où on le place ou pour les examens auxquels on lui permet de se présenter ; les règlements fixent même pour certains examens des limites d'âge. Il paraît naturel de tenir surtout compte de l'âge physiologique, car c'est bien l'âge réel, effectivement vécu ; l'autre n'est qu'une fiction. »

A ces diversités dans l'âge de la puberté est lié celui où on peut commencer l'*éducation sexuelle*, si on admet son utilité. Il faut tenir compte de l'âge physiologique.

A ces diversités est liée également, du point de vue moral, l'âge où il convient de *séparer les petits des grands ;* c'est encore de l'âge physiologique qu'il faudrait pouvoir tenir compte.

***

Pour que les enfants et les jeunes gens puissent bénéficier de l'éducation habituelle et n'en éprouvent aucun dommage, pour qu'elle porte tous ses fruits, il leur faut la SANTÉ, « la santé sans laquelle on n'est rien », a écrit Diderot.

On cite certes des hommes illustres qui n'avaient pas de santé ; mais ils sont des exceptions, et on sait l'existence misérable qu'ils ont menée.

On a donné bien des définitions de la santé. Il y a trois ans, dans ma leçon du 16 novembre 1935, publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 15 janvier 1936, sur *La santé et ses manifestations extérieures chez les enfants*, j'ai proposé la suivante : « La santé est l'état de l'organisme dans lequel les fonctions s'exercent d'une façon régulière et harmonieuse. » Elle résulte de l'équilibre des fonctions. Elle implique un agencement, une complexion normale des appareils, des organes, des tissus, des humeurs, en quoi réside la *constitution.* Elle implique, en outre, « ce *quid ignotum*, que chacun reçoit de ses ascendants au moment de la fusion du spermatozoïde et de l'ovule et qu'on appelle activité vitale. » Pendant la période de croissance staturale, elle implique la régularité de la *fonction d'accroissement* et, à l'âge de la puberté, ainsi que pendant la jeunesse, l'établissement régulier de la *fonction sexuelle.*

En dernière analyse, la santé réside dans l'accomplissement régulier des phénomènes d'assimilation et de désassimilation dans l'intimité de la cellule vivante, autrement dit, dans la régularité de la *nutrition.*

Pour apprécier si un enfant ou un jeune homme est ou non à l'état de santé, a ou non une nutrition régulière, le médecin doit procéder à un examen aussi complet que possible. Cet examen doit porter sur les caractères physiques et sur les fonctions. L'examen des caractères physiques permet de juger si la complexion des appareils, des organes, des tissus, des humeurs, est bonne ; l'étude des fonctions établit si celles-ci sont régulières et harmonieuses. On détermine aussi les *facteurs endogènes, constitutionnels* de la santé.

Mais le médecin ne doit pas limiter son enquête à l'appréciation de ces facteurs.

L'être vivant n'est pas isolé. Il n'est qu'une parcelle du *Monde*, du Κοσμος. Sa propre substance, qui constitue son *milieu intérieur*, est étroitement subordonnée à tout ce qui est en dehors de lui, c'est-à-dire au *milieu extérieur.* Il lui emprunte les matériaux nécessaires à sa constitution et à son activité, c'est-à-dire les aliments et l'oxygène ; il subit l'action des éléments nombreux et

variables qui le composent et qui ont sur lui, soit des effets favorables, soit des effets nuisibles. Ces *facteurs exogènes* modifient sans cesse l'organisme ; celui-ci est en équilibre instable et est toujours en action pour rétablir l'équilibre. La faculté et la rapidité avec lesquelles celui-ci se rétablit est un des caractères et une des conditions de la santé.

Je ne parle ici que du *milieu physique*. Le *milieu intellectuel* et le *milieu moral* n'ont pas moins d'importance.

La santé est donc subordonnée à l'équilibre des facteurs endogènes ou constitutionnels et des facteurs exogènes. Pour définir l'état de santé, il faut, à l'imitation des mathématiciens, des physiciens, des chimistes, ajouter le correctif « toutes choses égales d'ailleurs ».

En matière d'éducation ce correctif a une grande signification. Les médecins qui observent les enfants et les jeunes gens en trouvent bien souvent la preuve. L'influence sur la santé du milieu familial, social et moral, de la condition et des ressources des parents, de l'hygiène du logement, de l'alimentation, du séjour à la ville et à la campagne est grande.

En 1925, MM. Laufer et Paul-Boncour, dans une classe d'école primaire de Paris, constatent, pour les élèves constituant le dernier quart, que 76 % d'entre eux ont une mauvaise hygiène alimentaire et 89 % couchent avec la fenêtre fermée, tandis que, pour les élèves constituant le premier quart, 49 % seulement ont une mauvaise hygiène alimentaire, et 68 % couchent avec la fenêtre fermée.

J'ai montré, dans une leçon publiée par la *Gazette des Hôpitaux* du 12 mai 1937, sur *L'influence de la grande ville sur la santé des enfants*, les conséquences nuisibles qui peuvent en résulter pour l'éducation.

Quand les conditions ne sont pas favorables, la nutrition est troublée, l'individu n'est pas à l'état de santé ; par suite, ses aptitudes à l'éducation physique, intellectuelle et morale s'affaiblissent et celle-ci donne des résultats médiocres ou mauvais. Pour améliorer la santé, ainsi que les possibilités et les résultats de l'éducation, il suffit souvent de modifier les circonstances extérieures : tel élève, par exemple, se porte et travaille mal à Paris, recouvre la santé et obtient des succès scolaires quand il est placé en plein air.

Les enfants et les jeunes gens sont beaucoup plus sensibles que les adultes aux influences extérieures, du fait de l'instabilité de leur organisme.

De plus, beaucoup d'entre eux présentent une sensibilité particulière à des facteurs exogènes, qui troublent peu la plupart des autres.

Le médecin, en examinant un enfant, un jeune homme ou une jeune fille doit rechercher non seulement les maladies caractérisées, mais aussi les conditions qui font qu'il n'est pas à l'état de santé.

Je ne puis dresser un catalogue de tous les facteurs susceptibles de troubler leur santé. Je ne parlerai que des *constitutions*, des *tempéraments*, des *diathèses*.

***

De tout temps, les médecins ont appelé CONSTITUTION, TEMPÉRAMENT, DIATHÈSE, des états particuliers de l'organisme propres à certains individus. Ces états tiennent une grande place dans l'enfance et la jeunesse, notamment, en matière d'éducation. Il importe donc de les définir.

Je viens de parler de la CONSTITUTION. Ce mot sert à désigner la complexion, l'agencement des appareils, des organes, des tissus, des humeurs.

Le mot TEMPÉRAMENT (*temperare:* tempérer, modérer), d'après Alfred Luton, « exprime une sorte de pondération entre les divers éléments dont sont formés les corps organisés ».

Pour divers auteurs, ces deux mots ont à peu près la même signification. Tempérament, écrit Littré, « est à peu près synonyme de constitution ».

Pour d'autres, leur signification est différente. D'après le professeur Henri Roger, un tempérament « est l'état dynamique d'un individu, par opposition à la constitution, qui s'applique à son état statique ou à sa structure. Le tempérament est l'expression de l'activité physiologique, c'est-à-dire de l'activité nutritive ».

Bien évidemment, on ne peut séparer le tempérament de la constitution. Le premier est lié à la seconde.

On distingue des constitutions et des tempéraments *physiologiques* ou *normaux*, des constitutions et des tempéraments *morbides*.

Les *constitutions* et les *tempéraments physiologiques* sont la base de la santé. La santé implique une bonne constitution et un bon tempérament. Santé, constitution et tempérament physiologiques impliquent un équilibre parfait entre les divers éléments de l'organisme. On dit d'un individu sain qu'il est bien équilibré.

Les *constitutions* et les *tempéraments morbides* résultent de la rupture de cet équilibre, du fait d'un trouble dans l'agencement et l'activité fonctionnelle de certains appareils, organes ou tissus, de certaines humeurs.

Le mot DIATHÈSE vient de διατίθημι, je dispose, je constitue. Au sens éthymologique, il est synonyme de constitution et de tempérament. Littré le définit : « État général, constitution, disposition intime du corps, variant d'un individu à l'autre, aussi bien en santé qu'en maladie. »

Aujourd'hui, on donne à ce mot un sens plus restreint. On ne parle plus de diathèse physiologique ; la diathèse implique que l'individu n'est pas à l'état de santé. La diathèse est un tempérament morbide, que Charles Bouchard définit : « Un trouble permanent des mutations nutritives, qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme formes symptomatiques, comme siège anatomique, comme processus pathologique. »

On a multiplié le nombre des constitutions et des tempéraments morbides, des diathèses.

J'en retiendrai deux : la *diathèse lymphatique;* la *diathèse neuro-arthritique*.

***

La DIATHÈSE LYMPHATIQUE, la CONSTITUTION LYMPHATIQUE, le TEMPÉRAMENT LYMPHATIQUE, qu'on appelle communément le LYMPHATISME, consistent dans un état de l'organisme caractérisé par l'hyperplasie et l'hypertrophie du tissu lymphatique des ganglions, de la rate, des muqueuses, par la surabondance des sérosités et de la lymphe qui imbibent le système lacunaire ; par des modalités nutritives particulières, non seulement des cellules lymphatiques, mais aussi de l'ensemble des cellules de l'organisme, par des troubles fonctionnels divers.

Le lymphatisme réalise un terrain favorable aux infections. Chez le lymphatique, celles-ci ont souvent une allure torpide, une évolution subaiguë ou même chronique.

Je ne veux pas faire une étude complète du lymphatisme. Je retiens seulement quelques points importants pour l'éducation.

Les lymphatiques sont souvent gros, ont des téguments mous, empâtés. Ils ont l'apparence d'obèses : de fait ils peuvent avoir la surcharge graisseuse, en quoi consiste l'obésité, mais ils sont surtout des infiltrés.

Ils sont lourds et ont une activité physique réduite. Leurs mouvements sont lents et mous. Ils restent volontiers tranquilles, n'aiment pas les jeux actifs et détestent l'éducation physique.

En classe, ils sont sages, somnolent volontiers ; ils cherchent à se faire oublier par le maître qui, ayant souvent trop d'élèves, comble leur désir en ne s'occupant pas d'eux.

Leur intelligence paraît obtuse ; ils ont peu d'imagination, rêvassent, ne fixent pas leur attention, ne s'intéressent pas à l'enseignement, ont une mauvaise mémoire. Ils travaillent mal et sont à la queue de la classe.

Leur caractère est indolent, leur volonté peu tenace. Ils manquent d'énergie. Il est vrai qu'ils soutiennent difficilement l'effort et se fatiguent vite, que leur activité de réparation est médiocre.

Une place importante doit être réservée au *lymphatisme de la muqueuse pharyngée.* Il entraîne l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde diffus, des amygdales palatines, de l'amygdale pharyngée ; il favorise et entretient les infections de la muqueuse et du tissu lymphoïde.

L'hypertrophie de l'amygdale pharyngée constitue les *végétations adénoïdes.* Quand celles-ci acquièrent un certain volume, elles entravent le passage de l'air et entraînent une insuffisance de la respiration nasale et pharyngée. Cette insuffisance est un obstacle à l'accroissement du thorax et à l'exercice régulier de la fonction respiratoire ; elle gêne les jeux et l'éducation physique. Elle trouble, d'autre part, l'exercice des facultés intellectuelles.

Guye, d'Amsterdam, en 1874, a signalé que les enfants présentant de l'insuffisance respiratoire acquièrent difficilement des connaissances nouvelles et surtout des notions abstraites, qu'ils ont une mauvaise mémoire et arrivent difficilement à concentrer leur attention.

Le défaut d'attention, l'*aprosexie* (α, privatif, et πρόσεχειν, être attentif), est le phénomène le plus caractéristique. En 1911, M. Bernard Delagrange, M. Weber, puis d'autres médecins ont constaté qu'un quart ou un cinquième des enfants ayant de l'insuffisance nasale présente ce phénomène. On l'attribue aux troubles circulatoires de l'encéphale résultant soit d'une respiration superficielle, soit des affections locales gênant la circulation entre l'encéphale d'une part, la voûte nasale et naso-pharyngée, d'autre part.

Mais le facteur local n'est pas seul responsable du défaut d'activité physique et intellectuelle des adénoïdiens. Ceux-ci sont également des lymphatiques et de ce fait présentent des troubles de la nutrition de l'encéphale, comme des autres organes et des divers tissus.

Chez les lymphatiques, l'habitus général, les modalités des fonctions physiologiques et des facultés psychiques rappellent, sous plus d'un rapport, celles des hypothyroïdiens. Peut être existe-t-il, chez eux, une certaine déficience du corps thyroïde ; il convient toujours d'en rechercher les symptômes.

En plus de ses conséquences mécaniques, le lymphatisme de la muqueuse pharyngée prédispose aux rhinopharyngites et aux pharyngites, qui se répètent et se prolongent. Les lymphatiques sont souvent malades ; ils doivent interrompre sans cesse leur scolarité ; leurs études s'en ressentent et ils sont des *retardés scolaires.*

Cet exposé, que je pourrais encore allonger, des méfaits du lymphatisme, suffit à montrer son importance du point de vue de l'éducation physique, intellectuelle et morale.

Le lymphatique doit être traité et placé dans des conditions favorables à sa santé, par suite à son éducation. Il appartient au médecin de conseiller les mesures qu'il convient de prendre.

Il faut instituer le traitement local de l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx. En particulier, il faut pratiquer l'ablation des végétations adénoïdes obstruantes et mettre en œuvre les méthodes susceptibles de rétablir la perméabilité à l'air du conduit nasal et pharyngé. Celle-ci rétablie, on peut alors éduquer la respiration et poursuivre l'éducation physique ; sinon les exercices respiratoires et la gymnastique sont plus nuisibles qu'utiles.

Il faut faire vivre le lymphatique dans des conditions favorables à sa santé.

Un fait domine, c'est la facilité avec laquelle il contracte les infections pharyngées. Or celles-ci sont, avant tout, des infections de milieu, l'enfant les contracte au contact des enrhumés ; il reste indemne si on le met à l'abri des contagions. L'existence à la ville, la vie en commun dans les établissement urbains d'enseignement, l'exposent à ces contagions ; la vie en plein air, loin des contagions, lui permet de rester indemne.

Autant que possible, il faut faire vivre le lymphatique en plein air, dans des établissements d'instruction situés à la campagne, à la montagne, au bord de la mer. Le climat marin leur convient tout particulièrement. Dans ces établissements, l'hygiène et l'éducation seront adaptées aux aptitudes physiques et psychiques des élèves.

Dans certaines localités existent des maisons d'enfants, des collèges et des lycées, qu'on appelle climatiques à cause de leur situation. Mais ces sujets peuvent également être placés dans des familles.

Il serait facile, pour les enfants qui suivent l'enseignement du premier degré, de trouver, dans des localités bien choisies, des familles qui prendraient en pension les enfants et ceux-ci iraient à l'école avec leurs camarades du pays. Cette manière de procéder aurait bien des avantages : elle serait favorable à la santé des enfants, serait peu coûteuse et encouragerait le retour à la terre.

Le problème de l'éducation des lymphatiques me paraît assez facile à résoudre. Élevés dans des conditions favorables, ils ne tardent pas à se transformer et à acquérir la santé.

***

La DIATHÈSE NEURO-ARTHRITIQUE, le TEMPÉRAMENT NEURO-ARTHRITIQUE, le NEURO-ARTHRITISME sont bien différents du lymphatisme.

Le neuro-arthritisme n'a pas de substratum comparable à l'hypertrophie du tissu lymphatique. Sa caractéristique est l'*instabilité* : instabilité colloïdale des humeurs d'après Fernand Widal; instabilité du système nerveux et notamment du système neuro-végétatif; instabilité des glandes endocrines, en particulier de la glande thyroïde, d'après Léopold-Lévy; instabilité hépato-biliaire, qui permet au professeur Georges Mouriquand de parler d'*hépato-arthritisme infantile.*

A l'instabilité du système nerveux s'ajoute son hyperexcitabilité. Cette instabilité et cette hyperexcitabilité sont, nous l'avons vu, des modalités de la constitution et du tempérament des sujets à la période de croissance. Du fait du neuro-arthritisme, ces modalités sont portées à leur maximum ; de plus, tandis que, chez les sujets normaux, l'instabilité et l'hyperexcitabilité s'atténuent avec l'âge et font place, vers la fin de la jeunesse, à la stabilité, chez les neuro-arthritiques, elles persistent et même s'exagèrent, si on n'a pas institué un traitement approprié.

Les neuro-arthritiques sont donc en état permanent d'excitation psycho-motrice. Ils ne tiennent pas en place, remuent sans cesse. En classe, ils bavardent, sont indisciplinés, ne peuvent fixer et soutenir leur attention, sont de mauvais élèves. Ils agacent leurs camarades et leur maître. Ils protestent contre les réprimandes et les punitions. Ils sont versatiles et montrent une grande faiblesse de direction. Ils s'enthousiasment avec autant de facilité qu'ils se découragent. Pour tous ces motifs ils ne bénéficient pas de leur intelligence, qui pourtant est souvent vive.

Ils se comportent de la même façon vis-à-vis de l'éducation physique que de l'éducation intellectuelle.

En récréation, ils montrent une ardeur exagérée au jeu et veulent tout réglementer.

Ils sont peu résistants et se fatiguent facilement. La réparation de la fatigue se fait lentement, d'autant plus que le sommeil est long à venir, agité, troublé par des cauchemars et des réveils brusques ; aussi, le matin, ils ont besoin de sommeil, se réveillent et se lèvent avec peine.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que, chez certains neuro-arthritiques, à une période d'agitation, succède une période de dépression, avec asthénie, sensation de fatigue et de courbature.

A ces manifestations diverses peuvent s'intriquer des troubles digestifs et hépatiques, des troubles respiratoires, l'asthme en particulier, des troubles cutanés tels que le prurit, le prurigo, l'eczéma.

Les neuro-arthritiques sont très sensibles à l'influence du milieu. Leur instabilité et leur hyperexcitabilité s'exagèrent dans le milieu familial, le milieu scolaire, le milieu urbain. Ce sont, suivant M. Mouriquand, des *inadaptés urbains.*

On conçoit facilement que les méthodes habituelles d'éducation physique, intellectuelle et morale ne conviennent pas aux neuro-arthritiques.

Pour calmer leur instabilité et leur hyperexcitabilité psycho-motrice, il leur faut, d'une part, une hygiène et un traitement appropriés, d'autre part, un genre particulier d'existence.

L'existence à la ville et dans les établissements scolaires habituels aggrave leur état. Il leur faut le calme de la campagne ou de la montagne à une faible ou à une moyenne altitude. Ils doivent vivre en groupes peu nombreux, dans un isolement relatif.

Il ne faut pas exiger une immobilité et une attention de longue durée ; il faut varier les exercices. Il faut assurer des repos prolongés.

Le traitement et l'éducation peuvent beaucoup pour modifier le tempérament neuro-arthritique.

Somme toute, le tempérament lymphatique et le tempérament neuro-arthritique sont à l'origine de certains ÉTATS NERVEUX, si fréquents chez les enfants et les jeunes gens, très importants pour leur éducation.

Dans la pratique, ces états nerveux réalisent deux *types* principaux :

1° Le *type de dépression*, lié souvent au lymphatisme ;

2° Le *type d'excitation*, lié souvent au neuro-arthritisme.

Mais il ne faut pas oublier que chacun de ces types peut relever d'autres facteurs que je ne puis passer en revue.

***

Je n'ai pas épuisé la liste des facteurs pouvant empêcher les enfants et les jeunes gens de participer à l'éducation physique, intellectuelle et morale instituée pour les sujets appartenant au type moyen. Mais la fréquence des modalités diverses de la croissance staturale et de l'évolution pubertaire, des troubles de la santé, des tempéraments lymphatique et neuro-arthritique suffit à établir la nécessité d'adapter les méthodes d'éducation aux individus qui s'éloignent notablement du type moyen. L'éducation doit être adaptée aux *individualités.*

Certes il faut tenir compte des possibilités, et beaucoup d'enfants ou de jeunes gens peuvent se plier, sans trop de dommage, aux méthodes habituelles d'éducation. Mais beaucoup d'autres, et ce sont peut-être les plus nombreux, en éprouvent du dommage et n'en bénéficient pas. Pour ne prendre qu'un exemple dans l'enseignement primaire, MM. Laufer et Paul-Boncour ont pu écrire, au sujet des élèves des écoles primaires de Paris : « Un quart seulement des enfants est adapté aux exigences de l'enseignement ; un tiers s'y adapte plus ou moins difficilement et le reste pas du tout. »

On conçoit quelle gravité comporte une telle constatation pour l'avenir des enfants et pour le pays tout entier.

Le rôle du médecin est de découvrir, en collaboration avec l'éducateur, les aptitudes et les inaptitudes des enfants et des jeunes gens. Mais il ne doit pas oublier que les unes et les autres sont souvent transitoires et non pas permanentes ; que les unes et les autres peuvent se modifier spontanément avec l'âge, que les dernières peuvent être transformées par un traitement, une hygiène, une éducation adaptées aux possibilités de l'individu. Ces notions montrent l'incertitude et la relativité de l'*orientation scolaire* et de l'*orientation professionnelle.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DE 16 JANVIER 1939

Etude du cycle évolutif d'une maladie pneumonique obtenue chez le lapin, par anaphylaxie locale en partant des protéines endogènes modifiées. — MM. Antonin GOSSET, Richard JAHIEL et Mme Simone DELAUNAY.

Action de la saturation oxygénée du sang artériel sur la production d'acide lactique par le muscle strié. — MM. Marius PIÉRY, J. ENSELME, Carlos PESCHIERA et Mlle M. A. NOVA.

De la sérothérapie anti-diphtérique par voie cutanée. — M. Alexandre BESREDKA montre, par des expériences sur le lapin, que le sérum anti-diphtérique appliqué sur la peau légèrement scarifiée a une action curative. L'avantage de ce mode d'administration du sérum réside dans la facilité de son application et dans l'absence de tout risque d'accidents anaphylactiques en raison de la lente résorption du sérum par voie cutanée.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1939

De la sérothérapie anti-tétanique par voie cutanée. — M. BESREDKA. Poursuivant ses expériences l'auteur démontre que les pansements au sérum anti-tétanique appliqués sur la peau fraîchement rasée et scarifiée permettent de préserver l'animal contre une dose sûrement mortelle de toxine tétanique sans lui faire courir le moindre trouble anaphylactique.

La formation et le fonctionnement des pièges de champignons prédateurs de Nématodes. — MM. COMANDON et P. DE FONBRUNE projettent un film très curieux montrant des champignons microscopiques qui capturent des petits vers Nématodes au moyen de pièges constitués par des collets ou des gluaux formés de boutons collants ou de réseaux.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1938

A propos des arthrites chroniques de la hanche. — M. SORREL. — La résection arthroplastique avec abaissement est une excellente intervention. Elle ne convient pas cependant à tous les cas, soit en raison de l'état général du malade, soit en raison des lésions locales; à ces cas conviendrait l'opération défendue par Smith-Petersen.

A propos des neurinomes abdominaux. — M. BACHY. — Un malade présentait une tumeur de la fosse iliaque droite indépendante du colon et du grêle. Une laparatomie montre qu'il s'agit d'une tumeur implantée sur la vessie dont l'examen histologique précise qu'il s'agit d'un fibro-myome suspect de malignité. Deux cas analogues mais avec tumeur de moindre volume ont été observés par M. Bachy.

Parotidectomie totale avec conservation intégrale du Facial. — M. P. DUVAL rapporte trois observations dues à MM. Padovani et Redon ; dans un cas de Redon on fut obligé de sectionner le tronc du facial dont la suture assure une guérison parfaite au bout d'un an.

7 Cas de salpingite rompue avec péritonite. — M. P. DUVAL fait un rapport sur ces observations dues à M. Baumann et insiste sur l'intérêt de l'ablation de la poche salpingienne qui doit être enlevée comme un appendice.

Mucocèle de l'appendice. — M. BERGER cite une observation d'un énorme mucocèle appendiculaire dont la guérison se fait sans incident après exerèse chirurgicale.

MM. Hartmann et Lardennois citent des observations analogues et montrent les erreurs de diagnostic dont peuvent être cause ces tumeurs de fosse iliaque droite.

Traitement chirurgical du cancer du poumon. — M. Robert MONOD montre que l'on ne trouve que rarement des conditions favorables à l'exérèse chirurgicale de ces tumeurs. Il en rapporte deux observations personnelles; la première concerne une femme opérée en 1936 par lobectomie en deux temps et dont l'état actuel est bon (malgré une récidive locale dans la cicatrice extirpée secondairement). La deuxième observation concerne une femme de 40 ans chez laquelle le diagnostic de cancer du poumon est porté fortuitement à la suite d'un examen des champs pulmonaires. Après un pneumothorax préalable, pneumonectomie totale en janvier 1938 sans anesthésie générale au cyclopropane. Suites opératoires immédiates très simples. Quelques semaines plus tard la malade est emportée au cours d'une crise d'œdème aigü sur le poumon restant.

M. Monod revient sur quelques points essentiels de la clinique et du diagnostic du cancer du poumon ; la lenteur d'évolution de ces tumeurs devrait permettre d'intervenir plus souvent et dans de meilleures conditions.

M. Monod montre les médications respectives de la lobectomie et de la pneumonectonie, cette dernière étant théoriquement plus satisfaisante ; il ne semble pas toutefois qu'elle soit plus grave; ce qui importe ce n'est pas tant l'étendue de l'exérèse qu'on fait que la façon dont on enlève le ou les lobes pulmonaires.

M. Maurer préconise comme voie d'abord, une voie antérieure comprenant les 2e, 3e, 4e cartilages costaux avec section postérieure de la 4e côte. Il a eu l'occasion de l'utiliser au cours d'une pneumectomie pour cancer terminée au 14e jour par la mort.

M. Monod croit que la voie antérieure a un gros inconvénient lorsqu'il existe un doute sur la nature de la tumeur pulmonaire car elle coupe les ponts puisqu'on commence par sectionner les vaisseaux pulmonaires.

Radiographie d'un syndrome abdominal aigü. — L'existence d'un pneumo-péritoine révèle la perforation d'un cancer du coecum chez une malade considérée comme atteinte de suhocclusion. — M. MENEGAUX.

Election du Bureau pour 1939 : M. GRÉGOIRE devient président de l'Académie M. MOCQUOT, vice-président, M. Robert MONOD et M. ROUHIER, secrétaires annuels.

SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1938

A propos des gangrènes cutanées post-opératoires. — M. WILMOTH rapporte une observation de M. Wertheimer; il s'agissait d'un cancer du sigmoïde opéré par anus iliaque. Apparition d'une plaque de gangrène qui s'étend malgré le nitrate d'argent et les rayons ultra-violets. Excisions au bistouri électrique qui n'empêchent pas l'extension à toute la peau de l'abdomen et la mort du malade.

Sections des tendons fléchisseurs des doigts. Technique réparatrice personnelle. — M. SOUPAULT rapporte 16 cas opérés par M. Montant : 11 bons résultats, 2 résultats passables, 2 échecs.

La technique consiste en cas de plaie du tendon au niveau du doigt, à découvrir la plaie, à attirer les deux bouts du tendon, à les mettre au contact; un fil les amarre; mais ce qui maintient surtout le tendon, ce sont les deux aiguilles qu'on introduit à distance et qui transfixient chaque bout du tendon à travers les plans superficiels. On immobi-

lise ainsi le tendon pendant 15 jours; puis on commence la mobilisation.

Deux cas de plaie pénétrante du genou traitées par la mise à plat sans suture et les pansements rares. — M. BASSET rapporte ces observations dues à M. Querueau; après toilette des parties molles, la plaie est méchée sans suture de la rotule. Guérison après élimination d'un sequestre. Récupération fonctionnelle très satisfaisante; le cal fibreux de la rotule est cependant un peu long.

M. Basset pense que la conduite de M. Querueau a été légitime mais qu'en règle il faut lorsqu'on le peut traiter les plaies articulaires par suture et réunion complète.

M. MOURE considère que la mise à plat conserve quelques indications.

MM. MATHIEU, P. DUVAL et LENORMANT s'élèvent contre la mise à plat des plaies articulaires, méthode rétrograde sauf peut-être dans des cas vus tardivement.

Maladie du sémilunaire et traumatisme. — MM. DU BOURGUET et PERRIGNON DE TROYES. M. Sauvé rapporte cette observation dans laquelle l'examen histologique montre l'existence d'une ostéoporose avec trait de fracture.

Création d'un néo-vagin par la méthode de Schubert. — M. COTTE rapporte une observation personnelle dans laquelle le résultat opératoire fut très satisfaisant à tous points de vue.

M. MOCQUOT préfère se servir de la greffe cutanée libre et a eu l'occasion de l'utiliser trois fois.

M. PICOT a eu l'occasion de faire un néovagin avec un segment d'anse intestinale avec abouchement des deux bouts au périnée; l'un des deux bouts finit par s'oblitérer à la longue.

MM. BAUMGARTNER et Robert MONOD citent des observations personnelles.

Sur les endométriomes de l'appareil génital. — M. G. COTTE en a observé 78 cas depuis 1932; dans 61 cas, la lésion endométriale était unique; l'atteinte de l'ovaire a été rencontrée dans 30 % des cas.

M. Cotte insiste sur les indications thérapeutiques de ces lésions; chez les femmes jeunes, la castration peut suffire lorsque l'endométriose présente une localisation unique. Dans la moitié des cas personnels de l'auteur, il a pu faire de la chirurgie conservatrice avec seulement deux récidives. En cas d'endométriome de l'utérus, en revanche, il est à peu près impossible de ne pas faire une hystérectomie.

M. MOULONGUET a eu l'occasion d'utiliser la radiothérapie (à dose de non castration) chez une jeune femme; la masse de la cloison intervagino-rectale a considérablement diminué.

M. Robert MONOD a opéré un endométriome de la cloison recto vaginale, mais se demande si la radiothérapie n'a pas des indications.

M. BROCQ croit qu'il y aurait intérêt à faire des examens extemporanés pour guider la conduite tactique du chirurgien.

M. COTTE estime qu'il est difficile de faire le diagnostic avant l'intervention et qu'en conséquence la radiothérapie est difficile à utiliser comme moyen thérapeutique.

M. OCKYNZYC trouve à la radiothérapie une indication: les récidives d'endométriome pour lesquelles on est déjà intervenu chirurgicalement.

Pancréatite chronique localisée. Pancréatectomie gauche. Résultat éloigné. — M. R. SOUPAULT insiste sur l'intérêt que comporte l'exploration systématique du pancréas au cours des interventions pour lésions biliogastriques. Cependant les lésions de pancréatite chronique sont difficiles à reconnaître cliniquement et même histologiquement. Une observation personnelle montre l'intérêt de l'exérèse chirurgicale des pancréatites chroniques.

SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1938

A propos des endométriomes. — M. LARDENNOIS rapporte une observation d'endométriome développé dans une cicatrice. Il s'agissait d'une femme opérée d'hystérectomie fundique avec conservation d'un ovaire; deux ans après l'opération apparition dans la cicatrice de deux petites tumeurs rougeâtres qui saignent au moment des règles; l'exérèse montre que cette tumeur n'atteint pas les plans profonds et amène la guérison. M. Lardennois discute la pathogénie de cette localisation rare.

M. Moulonguet rappelle que la possibilité de greffe de muqueuse utérine dans des cicatrices opératoires a été démontrée expérimentalement.

Sur le traitement du cancer du poumon. — M. Robert MONOD revient sur les observations faites par M. Maurer à l'occasion de sa communication du 7 décembre. Le pneumothorax préopératoire présente un intérêt considérable au point de vue tactique opératoire.

Fracture fermée comminutive de la rotule gauche. Ablation de la rotule. Résultat fonctionnel éloigné. — M. BASSET rapporte cette observation due à M. Hepp; le malade revu un an après l'opération, présente un résultat fonctionnel satisfaisant mais non une restitution ad integrum. Des ossifications sont visibles à la radio.

Corps étrangers ostéo-cartilagineux des bourses séreuses. — Travail de M. Aumont, rapporté par M. MOULONGUET. A la suite d'un effort musculaire important une femme de 34 ans voit se développer une tumeur dans l'aisselle; l'intervention exploratrice montre qu'il s'agit de corps étrangers ostéo-cartilagineux développés dans une bourse séreuse ne communiquant pas avec l'articulation. M. Moulonguet considère qu'au point de vue étiologique ces corps étrangers des bourses séreuses sont superposables à ceux développés dans les articulations.

Pancréatite et saturnisme. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur des observations dues à M. Pelle. Le saturnisme peut léser le pancréas et déterminer des kystes du pancréas justiciables d'une intervention chirurgicale. M. Pelle a rencontré huit fois des lésions de pancréatite (kyste hématique, pancréatite hémorragique, etc.), chez des malades présentant des signes d'intoxication saturnine. L'auteur se demande si les coliques de plomb n'ont pas un substratum anatomique dans les lésions pancréatiques.

Expérimentalement ces lésions n'ont pu être reproduites chez des lapins soumis à une intoxication saturnine.

Ostéosynthèses après ostéotomies. — M. Paul MATHIEU rappelle les difficultés qu'on éprouve à maintenir correctement l'angulation cherchée après l'ostéotomie.

M. Mathieu a mis au point un procédé d'ostéosynthèse avec plaques coudées extemporanément au cours de l'intervention.

Ce modelage de la plaque promet de fixer définitivement la correction désirée.

M. RICHARD estime que le tenon fait à la Mommsen rend de grands services dans la majorité des cas.

M. SORREL n'a jamais eu l'occasion d'utiliser des ostéosynthèses.

M. LANCE a eu l'occasion d'utiliser des corrections progressives faites dans des cas d'ostéotomie, mais estime le très grand intérêt présenté par la technique de M. Mathieu (en particulier pour les ankyloses en flexion de la hanche).

Quatre cas de tumeurs bénignes des os traités par évidement et greffes ostéopériostées. — MM. CLAVELIN et SARROSTE rapportent tout d'abord ces quatre observations dans lesquelles les résultats du traitement effectué furent excellents. Dans trois cas il s'agissait de kystes osseux typi-

ques; dans un cas le malade présentait une fracture itérative dans un foyer d'ostéite fibreuse centrale.

Endométriome du rectum. — MM. L. Bazy, Sylvain Blondin et P. Chène. Il s'agissait d'une femme présentant des rectorragies depuis 1935; le toucher rectal ne montre à cette date que l'existence de deux paquets hémorroïdaires. Trois mois après un nouvel examen révèle une tumeur ulcérée de la face antérieure du rectum; des biopsies permettent de poser le diagnostic d'endométriome du rectum. La malade actuellement ménopausée ne présente plus de rectorragies.

M. L. Bazy souligne la rareté de cette localisation dont il n'a pu rassembler que 21 cas. La castration chirurgicale ou spontanée amène la guérison de ces localisations rectales; cependant un certain nombre d'auteurs en ont fait l'exérèse chirurgicale.

M. Braine a eut l'occasion d'observer la coexistence d'un endométriome du rectum et d'un cancer.

Luxation du coude. Inclusion de l'épitrochlée. Paralysie cubitale. Intervention tardive. Guérison. — Observation de M. Querneau rapportée par M. Sorrel.

Désarticulation inter-ilio-abdominale pour myelome de l'extrémité supérieure du fémur. — M. Padovani présente le malade opéré et appareillé d'une façon tout à fait remarquable.

CHRONIQUE

LA LEÇON INAUGURALE DE M. LE PROFESSEUR CLOVIS VINCENT

M. le professeur Clovis Vincent, premier titulaire de la chaire de neuro-chirurgie créée grâce à la Fondation Rockfeller, a fait, la semaine dernière, avec le cérémonial accoutumé et devant un auditoire très nombreux, sa leçon inaugurale.

Il n'est, certes, pas banal de voir un médecin des hôpitaux se changer, à l'âge mur, en chirurgien. Mais, aussi, ils sont rares les hommes qui joignent à la science et à l'expérience les extraordinaires aptitudes dont le nouveau professeur a donné tant d'exemples.

Dès le début de sa leçon, qui fut plus improvisée que lue, M. Clovis Vincent rendit un juste hommage aux précurseurs : les Anglais Mac Ewen et Horsley, l'Américain Cushing.

Il est remarquable de constater combien fut grande leur influence sur les chirurgiens français. Si mes souvenirs sont exacts, Thierry de Martel, pendant son internat, prenait fréquemment sur ses loisirs pour se rendre à Londres et s'instruire auprès de Horsley. Il y a quelques années, aussi, René Leriche alla « remplacer » Cushing dans son service hospitalier pendant plusieurs mois.

C'est aux mêmes sources que puisa M. Clovis Vincent. On comprend qu'ainsi armé, il n'ait pas résisté à l'attrait de la neuro-chirurgie.

Notre si regretté collègue J. A. Sicard avait bien failli, lui aussi, céder à la même tentation. En rappelant ce souvenir, M. Clovis Vincent montre que par ses magnifiques travaux, par son épreuve du lipiodol, Sicard mérite pleinement de compter parmi les grands précurseurs.

Après l'hommage rendu à ceux qui ont créé la neurochirurgie, M. Clovis Vincent parle de ses maîtres, de M. Souques, de Babinski dont l'influence fut si grande pour le développement de la neurologie dans le sens chirurgical.

M. Clovis Vincent parla d'abondance, communiquant à l'auditoire son ardente confiance dans l'avenir. Et, lorsqu'il termina, au milieu d'une magnifique ovation, peu d'auditeurs s'étaient aperçus qu'il avait parlé pendant une heure et demie.

F. L. S.

INFORMATIONS

(Suite de la page 174.)

Distinctions honorifiques. — Le docteur Raymond Molinéry, secrétaire général de l'U.M.F.I.A., vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Léopold.

Guerre. — M. le médecin général Worms, directeur de l'École du S. S. militaire de Lyon, est nommé directeur de l'École d'application du S. S. militaire à Paris, en remplacement de M. le médecin général Paître, décédé.

M. le médecin général Cristau, directeur du S. S. de la 8e région, est nommé directeur de l'École du S. S. de Lyon.

M. le médecin général Frontgous a été promu au grade de médecin général inspecteur dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

École du Service de santé militaire de Lyon. Le *Journal officiel* du 4 février 1939 publie des décisions fixant le prix du trousseau et le prix de la pension pour les candidats admis à la suite du concours de 1938.

Colonies. — Il est créé une commission consultative de la trypanosomiase aux colonies.

Ministère de la Santé publique. — *Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques.* — Un concours pour quinze emplois de médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques aura lieu à Paris, au Ministère de la Santé publique, le lundi 24 avril 1939.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au Ministère une demande sur papier timbré, accompagnée des pièces suivantes :

1° Une expédition authentique de l'acte de naissance ayant moins de trois mois de date ;

2° Un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date ;

3° Un certificat de nationalité française et, s'il y a lieu, les pièces établissant la naturalisation et indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ;

4° Un état des services militaires ou à défaut une pièce précisant la situation militaire ;

5° Copie certifiée conforme des diplômes (notamment du diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat) ;

6° Un résumé des titres de toute nature et des fonctions remplies avec références à l'appui, ainsi que les certificats établissant les stages accomplis (services spécialisés et non spécialisés) ;

7° Des états de services administratifs antérieurs pouvant entrer en compte pour la constitution du droit à pension certifiés par les administrations intéressées ;

8° Un exemplaire des publications.

Les candidatures seront reçues au Ministère de la Santé publique jusqu'au 18 mars 1939 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Journées gynécologiques de Bordeaux (11 et 12 mars 1939). — La Société française de Gynécologie se réunira les 11 et 12 mars prochain à Bordeaux, sous la présidence de M. le professeur Guyot, assisté de M. le professeur Jeanneney, chargé de l'organisation de cette réunion.

Prière de s'inscrire auprès du professeur Jeanneney, 22, rue Castéja, Bordeaux, ou du docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (IXe).

Des bons de transport à prix réduit pourront être délivrés aux participants. Aucun droit d'inscription à verser.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement des suppurations pulmonaires, par Victor CORDIER. Avec la collaboration de P.-L. MONNIER-KUHN. Un volume de 174 pages, avec 24 figures (Collection Médecine et Chirurgie. Recherches et applications, n° 12), 32 fr. Masson, éd., Paris.

Une sorte d'introduction à l'étude des suppurations est consacrée à la nosologie, à la pathogénie et à l'histogénie; elle aboutit à cette conclusion que dans tous les cas, qu'il s'agisse d'abcès, de gangrène ou de bronchectasie, ce sont toujours les mêmes processus; nécrotiques, suppuratifs et sclérosants, qui vont jouer. S'il est logique de dissocier ces trois facteurs sur les terrains anatomo-clinique et nosologique, lorsqu'il s'agit de fixer les indications du traitement, on est ramené à une vue d'ensemble, où domine la notion d'évolution, notion capitale pour déterminer l'heure de l'intervention.

Après un examen critique de la valeur des moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux, les indications sont posées dans les périodes évolutives des divers types de suppurations pulmonaires, en tenant compte des hésitations du médecin, qui suivant les aggravations ou les améliorations, craint de laisser passer l'heure d'une action plus énergique.

De cette étude, l'auteur tire des conclusions qui ne sont formulées ni sous le signe de la crédulité, ni sous celui du septicisme et expose des hypothèses susceptibles de servir de point de départ à de nouvelles recherches, concernant notamment la prophylaxie actuellement insuffisamment développée, le dépistage toujours trop tardif et surtout les notions anatomiques et expérimentales qui doivent nous éclairer sur le mode de constitution des lésions, sur leur pathogénie et sur leur traitement causal.

CALENDRIER DES CONGRÈS
ET DES MANIFESTATIONS MÉDICALES

Liste supplémentaire. (Voir *Gaz. Hôp.*, 1939, n° 1)

1939

Assemblée française de Médecine générale.

XXXVe Session (Février-Mars 1939). Méningites cérébro-spinales à méningocoques (Epidémiologie. Prophylaxie et traitement) : Assises nationales, le dimanche 12 Mars à l'Hôtel-Dieu de Paris.

XXXVIe Session (Avril-Mai 1939). Traitement des Varices et de leurs complications. Assises nationales, le dimanche 7 mai à l'Hôtel-Dieu de Paris.

XXXVIIe Session (Juin-Juillet 1939). Les ulcères gastriques et duodénaux. Fréquence ; évolution ; prescriptions médicales essentielles ; résultats des interventions chirurgicales : Assises nationales, le dimanche 7 juillet à l'Hôtel-Dieu de Paris.

XXXVIIIe Session (Octobre- Novembre 1939). La désertion des campagnes : Causes ; conséquences sanitaires et sociales ; moyens d'y remédier. Assises nationales, le dimanche 5 Novembre.

XXXIXe Session (Décembre 1939-Janvier 1940). Allaitement et sevrage : Comparaison des coutumes ; suggestions médicales et sociales. Assises nationales, le dimanche 7 Janvier 1940.

XLe Session (Février-Mars 1940). L'alcoolisme (accidents nerveux et psychiques). Assises nationales, le dimanche 10 Mars.

XLIe Session (Avril-Mars 1940). Chimiothérapie des infections. Assises nationales, le dimanche 5 Mai.

19-20 février. — Hyères. Journées de la Société française de photobiologie et d'héliothérapie. Secrét. M. Paul Gérardin, à l'Hôpital Hélio-Marin interdépartemental d'Hyères (Var).

2-4 mars. Paris. Journées médicales Franco-Yougoslaves. Président : M. le Professeur Emile Sergent. Inscriptions A.D.R.M. (Faculté de médecine de Paris, Salle Béclard.)

11-12 mars. Bordeaux. Journées gynécologiques. Président : M. le Professeur Jeauneney, 22, rue Castéja, à Bordeaux. Inscription : Docteur Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de Gynécologie, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris, IXe.

3-5 avril. — Oran. Congrès des Brucelloses (Fédération des Sociétés médicales de l'Afrique du Nord). Prés.: M. Jasseron. Sec. gén.: docteur René Solal, 16, boulevard Joffre, Oran.

9-11 avril. — Menton, Assemblée Internationale de Cosmobiologie. Secrétaire général : Dr Maurice Faure, 23, rue Verdi, Nice.

5-7 juin. — Paris. XIIe Congrès de Médecine légale de langue française. Secr. géné. : Dr Desoille, 47, boulevard Garibaldi, Paris.

Juin. — XIIe Congrès des Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie de langue française. Sec. gén.: M. Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris.

Août. — Copenhague. Congrès international de neurologie.

19-23 septembre. — Toronto (Canada). VI Congrès biennal de l'International Hospital Association. Secrétaire : M. Carl J. Flath, Wellesley Hospital, Toronto (Canada).

21-26 septembre. — Montpellier. XLIIIe Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Prés. : Prof. H. Roger (de Marseille). Secr, gén. : Prof. Pierre Combemale, médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Bailleux (Nord).

Fin septembre. — Bucarest. IIe Congrès international de la Fédération latine d'Eugénique. Prés.: Prof. Parhon. Sec. gén. : Prof. Constantinesco, Str. Doctor Staicovici, 83, à Bucarest (Roumanie).

8-11 octobre. Strasbourg. XVIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales. Présidents : MM. Les professeurs Danjon, Sartory et Forster.

Secr. gén. : M. le prof. Vaucher, Institut d'hydrologie et de climatologie, 1, place de l'Hôpital, Strasbourg.

Octobre. — Paris. Congrès de Documentation photographique et cinématographique dans les Sciences. Sec.: M. Claoué, 39, rue Schaeffer, Paris.

Octobre. — XLIVe Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, Paris. Sec.: M. Flurin, 19, av. de Mac-Mahon, Paris.

Octobre. — Paris. VIIe Congrès de la Société française de Phoniatrie. Sec. gén.: M. Tarneaud, 27, avenue de la Grande-Armée, Paris.

1940

Lyon. — XIe Congrès des pédiatres de langue française. Prés.: MM. Péhu et Mouriquand.

1941

Copenhague. — IIe Congrès international de Médecine légale. Président professeur Knudsand (de Copenhague) ; vice-présidents : MM. les prof. Balthazard (Paris), Mariani (Rome), Wachkolz (Varsovie); secrétaire général : le prof. Guerui (Rome); trésorier : le prof. Miloslavich (Zagreb).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ENDOCARDITE D'OSLER

c) *De la splénomégalie.* — Signe de grande valeur séméiologique, elle reste modérée dans la majorité des cas : la rate est nettement percutable, avec un pôle inférieur qui déborde à peine le rebord costal.

Elle devient nettement palpable lorsqu'elle s'hypertrophie lors de poussées évolutives, ou par suite d'un infarctus, elle est alors *douloureuse*.

d) *Des manifestations rénales.*

Plus que les *œdèmes*, rares, discrets, mais que l'on peut voir aux parties déclives.

Il faut insister sur la fréquence extrême de l'association : *Albuminurie*, *cylindrurie* et surtout *hématuries*, parfois patentes, beaucoup plus souvent *microscopiques*.

— A rechercher de façon systématique,

— De grosse valeur diagnostique.

e) Par ailleurs, symptômes secondaires à noter :

Une tension artérielle basse.

Une augmentation légère du volume du foie.

Un pouls rapide, mais régulier.

f) *La numération globulaire*, examen complémentaire indispensable, renseigne sur le degré d'anémie : notons d'ailleurs que celle-ci est généralement *modérée*, généralement moindre que celle que l'on escomptait.

Les globules blancs sont augmentés, mais modérément.

Presque toujours, il s'agit d'une *polynucléose neutrophile*.

On insiste sur la valeur des *poussées de monocytose* (témoins des proliférations et desquamations artériolaires), mais celles-ci sont autant difficiles à déceler qu'éphémères.

Tels sont les éléments cliniques essentiels sur lesquels repose le diagnostic de l'endocardite d'Osler.

Notons qu'ils sont rarement associés ;

Qu'ils apparaissent à la longue, les uns après les autres, par poussées au cours desquelles l'état général faiblit.

Cependant leur survenue, isolée ou associée, chez un cardiaque fébrile, commande de pratiquer l'examen majeur qu'est *l'Hémoculture.*

Des précautions doivent être prises, pour que celle-ci ait de la valeur.

— Elle sera faite au moment d'une poussée fébrile ;

— On ensemencera largement (de 20 à 25 cc.) dans 200 cc. ou 300 cc. d'un bon milieu de culture (bouillon Martin-bouillon de bœuf additionné d'extrait de foie de veau), dont le pH aura été ajusté à 7,3 ou 7,4.

— On ensemencera en *aérobie* et *anaérobie*.

— On aura soin : de faire des recherches dans l'eau de condensation et des repiquages fréquents.

Surtout : *de répéter les hémocultures*, et *de savoir attendre* plusieurs jours (jusqu'à 15 jours).

Ses résultats :

Le microbe en cause est presque toujours le *streptocoque*. Dans la plupart des cas, il s'agit d'un streptocoque particulier : *streptocoque viridans de Schottmüller.*

— Diplo-streptocoque, Gram + (2 t.) en courtes chaînettes ;

— Qui donne aux milieux du sang une teinte verdâtre, apparaissant autour des points d'ensemencement ;

— Non hémolytique ;

— Non virulent pour les animaux de laboratoire (streptococcus mitior).

On l'a reconnu longtemps comme *spécifique* de l'endocardite lente. Mais actuellement, on tend à ne plus admettre cette spécificité, car des observations authentiques de maladie d'Osler ont montré à l'hémoculture :

Du *streptocoque hémolytique*, fait invoqué par beaucoup en faveur de l'*unicité* du streptocoque ;

Du *pneumocoque* (Vaquez) ;

De l'*entérocoque.*

— Il n'en reste pas moins que la grande valeur de l'hémoculture subsiste pleinement. *Positive, elle fait affirmer un diagnostic, dont il se déduit un pronostic absolument fatal.*

L'EVOLUTION

Essentiellement *irrégulière*, est désespérante, se poursuit durant des mois, véritable agonie interminable, en moyenne huit à dix mois.

L'asthénie et l'amaigrissement progressent sans répit.

La fièvre devient de plus en plus importante, s'accompagnant d'amyotrophie, parfois d'ankylose articulaire douloureuse.

Sur ce fond inexorable qui conduit lentement le malade à la cachexie, se greffent des *poussées :* imprévisibles, fugaces. au cours desquelles apparaît un symptôme nouveau, ou une *complication.*

LES COMPLICATIONS

Certaines sont relativement rares .

Visuelles : hémorragies rétiniennes, névrite optique ;

Cardiaques : Douleurs précordiales, crises d'asthme cardiaque, troubles du rythme ;

Veineuses : phlébites (Merklen et Wolff).

Infiniment plus fréquentes sont les *complications emboliques et anévrysmales.*

1. *Les embolies :*

Elles sont pour ainsi dire *constantes*, prenant ainsi la valeur de symptômes essentiels — d'autant que les manifestations cutanées relèvent d'embolies microscopiques et endothéliales, qu'elles font faire le diagnostic, si l'on n'y avait pas pensé jusqu'alors.

Ce sont plus exactement des *thromboses artérielles* (par artérite oblitérante) ;

— Jamais infectantes ;

— N'entraînant jamais la suppuration.

— *Embolies spléniques :* les plus fréquentes ;

Beaucoup restent latentes.

Cliniquement : douleur brutale de l'hypocondre gauche, accroisement brusque de la splénomégalie.

— *Embolies rénales :* hématuries et douleurs lombaires violentes.

— *Cérébrales*, avec crises d'épilepsies B. J. ou paralysies.

Plus rarement :

Hépatiques : douleur, hépatomégalie et *ictère.*

Pulmonaires : Hémoptysies.

Mésentériques : Signes d'occlusion aiguë, hémorragie intestinale.

Ou *embolies des membres :* crampe douloureuse brutale, avec abolition des oscillations et gangrène à évolution rapide.

(A suivre.)

G. LE SUEUR.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1939, n° 9.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, L.-M Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.


COMPRIMÉS DE
SYMPATHYL
CHANTEREAU

N° 12. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Les abcès utérins d'origine puerpérale, par le professeur agrégé P. CHALNOT.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie de médecine.

CHRONIQUE.
Remise de la médaille du professeur M. Laignel-Lavastine, par Jean-Marie LE GOFF.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
Un projet des caisses, par Jean HERPIN.

PRATIQUE MÉDICALE.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour cinq places de médecin des hôpitaux.*

Jury définitif : MM. Gandy, Weil (P. E.), Weill-Hallé, Brulé, Brodin, Cain, Binet, Cathala (J.), Tzanck, Marquézy, Mme Bertrand Fontaine, M. Gutmann.

— *Concours des prix de l'internat 1939.* — Chirurgie et accouchements : médaille d'or, M. Monsaingeon ; médaille d'argent, M. Cauchois ; accessit, M. Rouvillois.

— *Concours de l'internat (oral).* — Les candidats admis à prendre part à l'épreuve orale du concours de l'internat en médecine devront déposer les pièces suivantes à l'Administration centrale (bureau du Service de Santé) du 8 au 13 février inclus, de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures :

1° Un certificat délivré par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externe, attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec exactitude depuis le 1er octobre 1938.

Ce certificat ne sera pas exigé des candidats admissibles actuellement sous les drapeaux.

Pour les candidats qui, au moment de l'ouverture du concours, étaient titulaire de onze inscriptions :

2° Un nouveau certificat délivré par la Faculté de Médecine, établissant qu'ils sont munis de leur douzième inscription.

La première séance de l'oral du concours de l'internat en médecine aura lieu le mardi 14 février, à 16 h. 30, à la salle des concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole.

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le 24 mai 1939, à l'Hospice général.

Inscriptions avant le 9 avril 1939, à 18 heures, à la Direction, enclave de l'Hospice général de Rouen.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire, par suite du départ de M. le docteur Teulié, appelé à un autre poste.

Faculté de Médecine de Paris. — *Laboratoire d'anatomie pathologique.* — Les examens de fin d'année devant commencer le 1er juin, les séries de révision auront lieu à partir du 17 avril, 15 heures, dans les salles de microscopie du laboratoire, escalier C, 4e étage.

Le droit d'inscription est de 50 francs. En outre, dès le début de la première séance, une somme de 50 francs devra être déposée, en garantie de la boîte de coupes, remise à chaque élève.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 24 mars au Secrétariat, guichet N° 4, les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et tous les matins, sauf le dimanche, de 9 heures à 11 heures, sur présentation d'une autorisation écrite, délivrée par le chef des travaux, tous les jours, sauf le dimanche, de 10 heures à 12 heures et de 15 heures à 18 heures.

Les listes de mise en série seront affichées au laboratoire le jeudi 30 mars 1939, à 15 heures.

Faculté de Médecine de Montpellier. — Le professeur A. P. Dustin, ancien recteur de l'Université de Bruxelles, a été désigné par le Gouvernement belge pour remplir à la Faculté de Montpellier une mission de professeur d'échange.

École de Médecine de Clermont-Ferrand. — M. Castaigne, professeur de clinique médicale, directeur de l'École, sera atteint par la limite d'âge le 27 février 1939.

Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Marseille, les 30 et 31 mars 1939.

S'inscrire avant le 1er mars 1939 auprès du Directeur de l'Inscription maritime, à Marseille.

Centre régional anticancéreux de Marseille. — M. le professeur Lucien Cornil, doyen de la Faculté de Médecine de Marseille, a été nommé directeur du Centre régional anticancéreux de Marseille, en remplacement de M. le professeur Léon Imbert, doyen honoraire, qui est nommé directeur honoraire du Centre régional anticancéreux.

Institut de la Recherche scientifique appliquée à la Défense nationale. — M. André Mayer, professeur au Collège de France et membre de l'Académie de Médecine, est nommé membre de l'Institut de la Recherche scientifique appliquée à la Défense nationale.

Hôpital Foch (Les Médaillés militaires), 60, rue Vergniaud, à Paris (13e). — Des conférences médico-chirurgicales gratuites ouvertes à tous les médecins et étudiants en médecine auront lieu le dimanche matin à partir de 9 h. 30 dans la salle des conférences de l'hôpital Foch. Ces conférences sont consacrées à la thérapeutique et à l'hydro-climatologie pratiques.

Première conférence le 19 février 1939.

9 h. 30 : M. Brin, indications générales des cures thermales en dermatologie. — 10 h. 15 : M. Mallein (de Saint-Gervais), traitement hydro-minéral des eczémas. — 11 heures : M. Lortat-Jacob, le traitement des nœvi vasculaires.

CHRONIQUE

REMISE DE LA MÉDAILLE DU PROFESSEUR M. LAIGNEL-LAVASTINE

Dimanche dernier, à onze heures, alors que le soleil d'hiver avait à peine réussi à dissiper la brume légère et à fondre la gelée matinale, les amis, les élèves et les admirateurs du professeur Laignel-Lavastine avaient tenu à venir en grand nombre, féliciter le nouvel élu à l'Académie de médecine et lui offrir en témoignage d'affection et de reconnaissance une médaille du Maître graveur de Hérain.

L'amphithéâtre des conférences de l'hôpital de la Pitié était comble : aux premiers rangs, on distinguait M. Sireley, toujours alerte, MM. Hartmann, Achard, Loeper, Bezançon, Rathery, Gautrelet, Marcel Fosseyeux, secrétaire de la Société d'Histoire de la Médecine.

La cérémonie fut ouverte par M. le doyen Tiffeneau. Il donna la parole à M. H.-M. Gallot, l'organisateur de la fête : « Nombreuses sont les lettres d'excuses, dit-il, je ne peux en donner lecture, cependant je ferai remarquer le geste de M. Béclère, qui, ne pouvant venir couvrir de fleurs le nouvel académicien, lui en adresse une superbe corbeille. » Puis l'interne de service, M. Paugam loua la bonté du Maître. Enfin le directeur de l'hôpital de la Pitié et le représentant du directeur de l'Assistance Publique remercièrent M. Laignel-Lavastine de son dévouement pour les malades. Ce fut ensuite le tour de M. Tricot-Royer, professeur à l'Université d'Anvers, et Président de la Société internationale Histoire de la Médecine, qui groupe 30 nations. Il félicita le maître de son remarquable ouvrage sur l'Histoire Générale de la Médecine. On sait, en effet, que M. Laignel-Lavastine est l'animateur de la société française d'histoire de la médecine qui a une filiale à Lyon et une autre à Montpellier.

Il n'est pas besoin de rappeler ses magnifiques travaux sur la pathologie du sympathique. Ils sont classiques.

Enfin, M. Laignel-Lavastine n'est-il pas l'initiateur du mouvement néo-hippocratique dont le succès s'affirme tous les jours.

M. le médecin général inspecteur Sieur, président de l'Académie de médecine, parla du rôle de Laignel-Lavastine durant la guerre. M. le doyen Tiffeneau loua les qualités de l'ami, de l'historien et du neurologue.

Au nom du Président de la République, M. Albert Buisson a épinglé la croix d'officier de la Légion d'honneur sur son habit d'hôpital.

Très touché, M. Laignel-Lavastine remercia en termes émus les orateurs et les nombreux assistants, sans oublier le Maître graveur, dont il loua le talent, puis en quelques mots, il retraça les différentes étapes de sa carrière scientifique et hospitalière.

C'est au milieu d'une très smpathique ovation que se termina cette belle fête.

JEAN-MARIE LE GOFF.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Louis Langlois, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin du Sénat, décédé à Paris, à l'âge de trente-cinq ans.

— Mlle Jeanne Rochard, décédée à Paris, à l'âge de soixante-seize ans. Elle était la sœur de notre regretté maître, le docteur Eugène Rochard, chirurgien des hôpitaux de Paris, ancien secrétaire général de la Société nationale de Chirurgie, et la fille du docteur Rochard, ancien inspecteur général de la Marine, auteur de la *Chirurgie au XIXe siècle*, ouvrage demeuré classique.

REVUE GENERALE

LES ABCÈS UTÉRINS D'ORIGINE PUERPÉRALE

Par P. CHALNOT,
Professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

L'abcès de l'utérus, longtemps ignoré et nié par certains auteurs n'est pas une affection aussi exceptionnelle qu'on le croit généralement. Mercadé, dans sa thèse de 1906, en publiait 41 cas non douteux.

Virdis en a relevé 65 cas dans la littérature médicale en 1927.

Cette affection ne se rencontre pratiquement pas en dehors de la puerpéralité, et dans ces conditions elle reconnaît comme causes : l'infection gonococcique, bien rarement quelques cas de tuberculose; le plus souvent des fibromes sphacélés et infectés ou des kystes utérins suppurés.

Historique. — Si on peut mettre en doute les observations anciennes d'abcès utérins qui ont été confondus avec des abcès pelviens ou annexiels, Lisfranc et Chassaignac, en 1859, rapportent quelques cas authentiques. C'est surtout depuis Saxinger, en 1869, et J.-C. Championnière, en 1870, que l'attention fut attirée sur cette affection.

Pourtant, en 1889, Pierre Delbet écrivait : « Il n'est peut-être pas un seul cas de véritable abcès de l'utérus ».

En 1900, Brindeau publiait l'observation d'une jeune femme qui meurt à la suite d'un avortement et d'un curettage.

L'autopsie révèle une inondation du péritoine par un pus noirâtre qui s'écoule d'une volumineuse tumeur de l'utérus. L'incision montre un abcès de la paroi utérine.

Cette observation typique et sûre posait le problème de l'individualisation de l'abcès dans le tableau de l'infection puerpérale et de ses indications opératoires.

En 1906, premier travail d'ensemble, paraît la thèse de Mercadé qui cite 41 observations certaines dont 4 abcès tuberculeux; puis en 1914 celle de Roy.

En 1927, Virdis en a relevé 65 cas dans la littérature.

Depuis citons les observations de Haubtmann, B. Ottow, Trancu et Rainer, Ciabo, Tomaseli et Henckel, de Lifvendahl, C. Jeannin et Chomé. Mondor (1936) consacre aux abcès utérins un chapitre de son remarquable ouvrage sur les avortements mortels.

Etiologie et pathogénie. — L'abcès de l'utérus d'origine puerpérale est-il la localisation d'une infection puerpérale préalable ou est-il un accident primitif ? Est-il lié à un traumatisme local ou l'agent pathogène provient-il d'une origine sanguine ? Ce sont des problèmes encore discutés.

Influence de l'accouchement. — L'accouchement semble moins agir par le traumatisme provoqué que par l'infection qui peut suivre, même s'il a été normal. On ne rencontre, en effet que 25 % d'accouchements laborieux, compliqués de manœuvres instrumentales ou manuelles, à l'origine d'abcès utérins post-partum. Ces incidents ne semblent agir d'ailleurs qu'en favorisant l'infection puerpérale.

Pour Virdis, l'infection puerpérale peut être mise en cause dans 80 % des cas.

Influence de l'avortement. — Dans les cas d'abcès utérins post-abortum, au contraire, il semble bien que l'on puisse admettre que le traumatisme soit un facteur étiologique important, l'infection venant se greffer directement sur les points lésés, et les germes étant portés au point précis où se formera l'abcès.

On pourrait s'attendre à rencontrer une plus grande fréquence d'abcès utérins post-abortum que d'abcès post-partum puisque, dans l'abortus, traumatisme et infection sont réunis au maximum. Il n'en est rien cependant.

Sur 24 cas d'abcès utérins, nous avons relevé :

— 18 cas d'abcès post-partum;
— 6 cas d'abcès post-abortum.

On en est réduit à incriminer la distension de l'utérus à terme, et l'étendue de la plaie placentaire après la délivrance. Il semble en tout cas que l'utérus se défende moins bien contre l'infection.

Influence de la parité. — Nos recherches nous ont montré que sur 92 cas, on trouve une proportion de 65 à 60 % de multipares.

Germes et voies d'introduction. — L'agent responsable est presque toujours le streptocoque, bien qu'on ait trouvé dans le pus du gonocoque, du colibacille, du perfringens et des anaérobies.

Sauvé estime que le germe infectieux est porté en plein muscle utérin, admettant le rôle prépondérant du traumatisme (abortus, forceps, manœuvres, etc.).

Pour Roy, c'est l'endométrite puerpérale qui se propage souvent à la faveur d'une plaie utérine, par voie veineuse ou lymphatique.

A notre avis, les phlébites suppurées et les tromboses veineuses rencontrées au cours de l'évolution d'abcès utérins, prouvent que, si la voie lymphatique est plus généralement en cause, l'agent pathogène suit parfois la voie veineuse.

Le streptocoque ayant, dit Franqué, peu de tendance à former du pus, on comprend la rareté de l'abcès utérin comparativement à l'extrême fréquence de l'endométrie puerpérale.

D'autre part, le fond et les cornes du muscle utérin étant riches en lymphatiques, on ne sera pas étonné d'y trouver le plus grand nombre des abcès utérins (Kuss).

Anatomie pathologique. — 1° *Forme et siège.* — L'abcès utérin se présente sous la forme d'une poche généralement arrondie, située soit dans l'épaisseur même du tissu musculaire, soit sous la muqueuse ou sous le péritoine viscéral. Bien qu'on en rencontre en tous les points de l'utérus, c'est principalement dans les cornes qu'on le trouve. C'est un abcès de la corne droite que présentait une de nos malades.

Dans 16 observations, on trouve :

— 5 abcès du fond;
— 3 abcès de la face antérieure;
— 3 abcès de l'isthme;
— 2 abcès disséminés;
— 8 abcès des cornes utérines.

2° *Nombre.* — L'abcès est en général unique, mais on peut en trouver deux, trois et plus (30 à 40 % d'abcès multiples suivant les estimations).

3° *Volume. Contenu.* — De dimensions extrêmement variables, on peut trouver des micro-abcès, des abcès de 20 à 90 cc. (cas les plus fréquents) et même de 500 cc. (cas exceptionnel de Schneider).

Le cas d'abcès gangréneux à perfringens ou à anaérobies mis à part, on trouve un pus jaune ou jaune verdâtre bien lié, non fétide. Parfois cependant le pus est concrété, s'écrasant sous les doigts.

4° *Paroi.* — Elle est formée en totalité par le parenchyme utérin dans les cas d'abcès intramusculaires, en partie seulement dans les abcès sous-muqueux ou sous-séreux.

5° *Lésions de voisinage.* — L'utérus, toujours intéressé par l'infection, est mou et plus gros qu'à l'ordinaire. Il est l'objet d'une infiltration leucocytaire intense et même d'une infiltration microbienne. Il est parfois le siège de dégénérescence graisseuse.

La participation à l'infection des organes voisins est la règle en ce qui concerne le péritoine pelvien et l'épiploon qui coiffe généralement la région abcédée. Cette réaction péritonéale est nulle ou minime au cas d'abcès sous-muqueux. Elle est très fréquente et souvent intense au cours des abcès intramusculaires, et ne fait qu'exceptionnellement défaut si l'abcès est sous-séreux.

La vessie et le grêle sont parfois accolés à l'utérus par des adhérences inflammatoires.

Les annexes ne semblent pas participer fréquemment à l'infection, bien que certains auteurs aient voulu voir souvent dans l'abcès utérin une extension vers le corps d'une salpingite suppurée primitive.

L'abcès peut-il se résorber ? La rupture semble être la règle, vers la cavité utérine dans les cas d'abcès sous-muqueux surtout, vers la cavité péritonéale dans les formes sous-séreuses et intra-musculaires.

Lorsque le péritoine n'a pas ou a peu réagi, l'ouverture peut se faire en péritoine libre, provoquant une péritonite généralisée.

Si au contraire, la cavité est cloisonnée par des fausses membranes et des adhérences solides, la rupture de l'abcès provoquera une péritonite localisée de pronostic immédiat moins sombre.

L'ouverture dans la vessie ou le rectum est relativement beaucoup plus rare.

Symptomatologie. — L'étude des observations d'abcès utérins, publiées à ce jour (92 relevées par nous-même) permet de constater que le diagnostic n'a été fait que très rarement. Le plus souvent l'abcès est découvert soit à l'autopsie soit au cours d'une intervention pour péritonite déjà déclarée.

Aussi la mortalité par abcès utérin est-elle, d'après C. Jeannin, de 75 %.

Le diagnostic est-il donc impossible à poser, comme le pensaient Kuss et Mercadé ? Non, mais il est difficile.

Tentons donc de préciser la symptomatologie de cette affection et de tirer des enseignements des observations publiées.

1° *Période de début.* — Les premiers symptômes apparaissent en général dans les jours qui suivent l'accouchement ou l'avortement, très souvent au cours du premier septennaire.

Dans une de nos observations, la malade se plaignait de douleurs abdominales à droite ayant débuté dix jours après l'accouchement. Dans une autre la péritonite débuta 3 mois après l'accouchement. Mais la femme avait gardé le lit 4 semaines après l'accouchement.

Les suites de couches n'étaient donc pas normales et en réalité l'abcès avait débuté précocement, mais avait évolué lentement et à bas bruit.

Puis on se trouve en présence d'un tableau qui rappelle beaucoup celui de l'endométrite, de la métrite puerpérale aiguë : après un accouchement difficile (forceps, version, délivrance artificielle, curage digital) ou plus souvent après un accouchement tout à fait normal, la fièvre apparaît avec accélération du pouls, qui reste bon cependant. Souvent quelques frissons légers et répétés accompagnent l'élévation thermique.

Les lochies deviennent plus abondantes, parfois fétides. Souvent surviennent quelques pertes sanglantes, peu abondantes.

Une douleur hypogastrique sourde apparaît, spontanément, qui devient aiguë à la palpation. L'utérus resté gros est douloureux, son col est mou.

Ce tableau n'aurait rien de très alarmant s'il cédait à la glace, aux injections, à la vaccinothérapie et aux antiseptiques généraux.

2° *Période d'état.* — Ces divers signes s'exagèrent, et si on pratique un examen approfondi, on trouvera :

A la palpation : un point douloureux précis et fixe qui correspond à l'abcès. C'est le signe capital (M. Chomé). L'absence de foyer infecté lointain ou péri-utérin doit déjà faire penser à une collection proprement utérine.

Une tuméfaction, une « déformation utérine », dit Mondor, peut être perçue. « Quand l'abcès est unique (et c'est le cas le plus fréquent) on peut sentir à la surface de l'utérus gros et dépassant le pubis, une voussure ronde ou peu aplatie, donnant au palper une sensation analogue à celle d'un fibrome petit et profondément situé, mais plus élastique et à bords moins définis » (G. Noble).

L'examen au spéculum permet parfois de voir la saillie formée par un abcès bas situé, ou bien encore un col œdématié.

Au toucher, le col est mou et béant: on peut aussi percevoir la voussure ou la fluctuation d'un abcès de la partie basse de l'utérus.

Le toucher et le palper combinés permettent quelquefois de constater l'existence d'une masse fluctuante au niveau des cornes latérales et bombant dans le Douglas

et les culs-de-sac latéraux, masse douloureuse qui fait corps avec l'utérus.

L'utérus est quelquefois déplacé par la tumeur, on ne s'étonne pas alors de voir poser le diagnostic de pyosalpinx.

Signes accessoires : quelques autres signes accompagnent fréquemment les symptômes précédents. Ce sont :

— de la dysurie;

— du ténesme vésical, dans le cas d'abcès de la paroi antérieure;

— des troubles de la défécation, diarrhée ou constipation, dans le cas d'abcès postérieurs. Il n'y a pourtant jamais arrêt complet des matières et des gaz. On trouve aussi du ténesme rectal.

On rencontre exceptionnellement des vomissements dans les cas d'abcès non rompu.

Il arrive parfois que ces différents signes s'atténuent presque jusqu'à disparaître : la malade va mieux semble-t-il.

Pourtant, il y a un symptôme qui persiste et que l'on trouvera toujours en le recherchant avec soin, c'est la douleur spontanée et surtout provoquée. Cette douleur, dit Chomé, n'est pas la sensibilité utérine trouvée au cours de toute endométrie puerpérale, mais c'est une douleur vive, que la moindre palpation, le moindre effleurage révèlent et qui est parfois accompagnée de défense et d'immobilité respiratoire sous-ombilicale, sans qu'il y ait eu rupture de l'abcès.

L'examen du sang montre comme au cours des infections et suppurations en général, une leucocytose à 15 ou 20.000 globules blancs au mm^3 et une polynucléose de 80 à 85 %.

Ce faisceau de preuves : fièvre, douleur utérine à point précis, tuméfaction plus ou moins sensible à l'exploration bimanuelle, leucocytose, doivent faire soupçonner le diagnostic.

Evolution, complications. — En principe, l'abcès collecté ne guérit pas par lui-même. Tous les cas abandonnés à eux-mêmes ont eu une issue fatale. La complication de beaucoup la plus fréquente est *la rupture.*

a) Mais il est des cas où la malade meurt sans que l'abcès se soit rompu. Reeb (in thèse Haubtmann) a cité le cas d'une femme entrée à l'hôpital avec signes d'infection grave et morte peu après par *toxémie ;*

b) Ou bien la suppuration s'étend, créant une *péritonite* suppurée circonscrite ou généralisée et mortelle ;

c) La mort peut être due à des *foyers pyohémiques* ou à l'hecticité qui accompagne toute suppuration d'une certaine longueur ;

d) Une observation d'Anderodias et Péry nous montre une femme morte par *embolie* au quatorzième jour ;

e) Le Lorier cite un cas de *phlegmatia* compliquant un abcès utérin diagnostiqué pourtant et traité par hystérectomie avant la rupture.

L'ouverture spontanée de la collection reste néanmoins la règle. Elle est d'un pronostic moins sévère s'il s'agit d'un abcès sous-muqueux qui s'ouvre dans la cavité utérine ou d'un abcès du col s'ouvrant dans le vagin.

Cette rupture dans la cavité utérine est plus fréquent dans le cas d'abcès post-abortum.

Mais nous avons vu que l'abcès est beaucoup plus souvent situé sur le fond ou les cornes utérines, et sous-séreux ou intra-musculaire, que sur le col et sous-muqueux. C'est pourquoi la rupture constitue malgré tout une complication grave.

La plupart des décès lui sont imputables.

La rupture en péritonite libre se signale généralement par un début brusque, une évolution brutale avec un tableau clinique qui est celui de l'appendicite perforante, du pyosalpinx rompu, de l'abcès du Douglas perforé.

Nous n'insistons pas sur sa symptomatologie qui commande l'intervention d'urgence.

L'abcès peut s'ouvrir ailleurs que dans le péritoine. Des adhérences inflammatoires ont pu accoler l'utérus à la vessie, au colon ou au rectum et c'est dans ces viscères que se videra l'abcès. Il se produit alors une amélioration passagère, qui n'enlèvera rien d'ailleurs de sa gravité au pronostic.

L'ouverture dans la vessie entraîne une dysurie et une pyurie intense; le pronostic en est grave.

Une diarrhée profuse avec émission de selles purulentes fera penser à une ouverture de l'abcès dans le rectum (Obs. de Berry).

Là encore, le drainage souvent insuffisant rend le pronostic très sombre si l'on n'intervient pas.

L'abcès pourrait, d'après certains auteurs, se faire jour à la peau. Mais dans les cas cités s'agissait-il vraiment d'abcès de l'utérus ? Hermann cite un cas d'abcès apparemment utérin ouvert à l'ombilic. Kirk-Patrick également. On cite aussi (Guzzo) un cas d'ouverture avec rupture de l'utérus ayant entraîné la mort.

Diagnostic de l'abcès utérin non rompu. — A. Les signes locaux peuvent faire penser à :

1° *L'abcès du Douglas.* Il est bien localisé et l'anamnèse facilite le diagnostic.

2° *Le pyosalpinx.* La fréquence du pyosalpinx post-partum et post-abortum et la rareté de l'abcès utérin facilitent cette méprise. Ce diagnostic est des plus délicats.

L'exploration bimanuelle révèle au cours de l'abcès utérin une tuméfaction fluctuante qui fait corps avec un utérus gros et douloureux.

Le point douloureux est précis et fixe.

Le pyosalpinx donne plus souvent l'impression d'une masse plus latérale et plus élevée, que l'on peut, en principe, séparer du corps utérin.

Le siège de la douleur à la pression est plus vague et celle-ci occupe une région abdominale plus étendue.

3° *Le phlegmon du ligament large.* — Il donne au toucher et palper combinés la sensation d'une masse transversale s'étendant vers la fosse iliaque et qui semble faire corps avec l'os.

4° *La rétention placentaire,* l'endométrite simple, la métrite parenchymateuse, rendent l'utérus uniformément gros et douloureux. Il n'existe pas de voussure, ni de douleur nettement localisée. En cas de rétenion placentaire, l'exploration de la cavité utérine ramène des débris ovulaires.

B. — Les signes d'infection générale peuvent au contraire faire penser à :

— La septicémie puerpérale ;

— La thrombo-phlébite,

sur lesquelles nous n'insistons pas.

— La péritonite primitive est généralement précoce ; la douleur est moins aiguë et plus diffuse.

Diagnostic de la rupture. — L'abcès utérin rompu en péritoine libre pose le diagnostic de toutes les péritonites par perforation.

Avant toute discussion diagnostique, il faudra toujours se souvenir d'un principe essentiel : « Toute manifestation douloureuse abdominale du post-partum doit être, jusqu'à preuve du contraire, considérée comme une complication possible de l'accouchement antérieur. »

TRAITEMENT

Il est évident que l'asepsie la plus rigoureuse doit être observée au cours de l'accouchement ou de l'avortement médical. Ne pas introduire de germes dans la cavité utérine doit être le souci constant de l'opérateur. Nous n'insistons pas sur les soins à prendre en pareil cas.

Le traitement de l'abcès constitué est essentiellement chirurgical.

Pour Sauvé (1907), 75 % des cas abandonnés à eux-mêmes ont eu une issue fatale. Jeannin admet 75 % de mortalité. L'étude des 92 cas que nous avons pu retrouver dans la littérature nous permet de penser que ce pourcentage est encore au-dessous de la réalité.

Seuls certains abcès sous-muqueux rompus dans l'utérus peuvent être guéris médicalement. Il faut donc admettre que l'intervention doit être pratiquée, et dans le plus bref délai. La thérapeutique différera suivant que l'abcès sera rompu ou non, qu'il sera unique ou multiple, sous-séreux, intramusculaire ou sous-muqueux.

Abcès non rompu en péritoine libre. — A. — *Les abcès sous-muqueux du corps ou du col* et les abcès interstitiels du col ne sont pas justiciables de l'hystérectomie.

Leur ouverture au doigt ou à la curette après dilatation du col par bougie ou mieux par laminaire moins traumatisante, ne présente généralement pas de difficulté.

B. — *La question des abcès sous-séreux ou intramusculaires* est plus complexe.

1° *On peut quelquefois éviter l'hystérectomie :* L'incision simple présente l'avantage de conserver l'utérus et les annexes : donc la fonction. On ouvre la cavité, on la vide, on la curette et on excise les tissus malades. En principe, on laissera la cavité ouverte avec un drainage.

a) On peut parfois pratiquer cette incision par voie extra-péritonéale (Riketts, Sampson) technique qui supprime les risques d'infection péritonéale et qui est à conseiller dans tous les cas possibles.

b) Si on est obligé d'ouvrir la cavité péritonéale, cette méthode peut devenir très dangereuse. Elle nécessite en principe un isolement du foyer inflammatoire par un vaste drainage (Mickulicz).

c) Si l'abcès est unique et postérieur, la colpotomie semblerait indiquée. Malheureusement, le drainage est fréquemment insuffisant et cette intervention est, de ce fait, souvent à rejeter.

d) En cas d'abcès multiples, ces méthodes doivent céder le pas à l'hystérectomie.

Le sacrifice n'est du reste pas aussi grand que cela puisse paraître, car les séquelles inflammatoires et opératoires compromettent, plus ou moins, les possibilités de maternité consécutive.

2° *L'Hystérectomie,* pour A. W. See, donne une mortalité de 25 % ; pour Bar et Jeannin, elle serait de 65 % ; mais peut-être le premier de ces auteurs ne fait-il entrer dans ses statistiques que les abcès uniques de l'utérus, alors que les deux derniers envisagent tous les cas d'abcès utérins.

Sur 6 hystérectomies relevées dans 16 observations, nous notons deux morts, une par toxémie, l'autre au cours de l'intervention.

a) La voie vaginale a été employée dans de nombreux cas. C'est la méthode de choix pour Turenne, pour J.-L. Faure. Elle est cependant rendue difficile par l'état de l'utérus gros, friable, sur lequel la traction sera pénible. L'existence possible d'adhérences entre l'utérus et l'intestin ou la vessie pourra être la source d'accidents. Elle ne permet pas de se rendre compte, de visu, de l'étendue et de la gravité des lésions utérines.

Elle fait surtout une confiance aveugle au diagnostic pré-opératoire et prédispose aux hémorragies tardives, fréquentes après cette intervention et toujours d'une extrême gravité.

b) La voie abdominale permet, au contraire, de juger de l'état des annexes, des organes voisins (appendice, grêle, vessie, etc.), des adhérences inflammatoires, de l'importance et du nombre des abcès.

Elle permet, par le Mickulicz, un drainage qui compensera en partie les risques de contamination abdominale.

En résumé, la voie abdominale semble souvent indiquée. Elle permet de décider en cours d'intervention si on pourra se contenter de l'excision avec drainage ou si on devra se résoudre à l'hystérectomie.

Notons que l'excision sera en général possible lorsque la lésion siégera au niveau des cornes. C'est la conduite que nous avons suivie dans un cas et qui a été réalisée dans plusieurs observations.

Abcès rompu. — Péritonite. — Le traitement de la péritonite comporte quelques particulités intéressantes. Il est hors de doute que la précocité de l'intervention est un facteur important du pronostic. On doit donc intervenir le plus tôt possible en présence d'un tableau de péritonite survenant brusquement chez une infectée puerpérale.

La laparotomie médiane sous-ombilicale est la voie d'accès de choix, lorsque le diagnostic de rupture d'accès utérin a été fait avant l'intervention et que la notion de puerpéralité récente avec phénomènes infectieux peut y faire penser. Ici encore, on aura à poser l'indication de la méthode conservatrice ou de l'exérèse totale ou subtotale de l'utérus.

Mis à part, le cas d'un état général par trop choqué où l'ouverture avec drainage pourra paraître suffisante et les cas où, à l'inverse, une localisation stricte de l'infection utérine, un bon état général permettront l'excision simple avec drainage au contact par un Mickulicz, c'est l'hystérectomie abdominale subtotale qui sera encore le traitement de choix. Tel est l'avis de MM. Jeannin, Chome, Mondor.

Le cas de péritonite localisée pose les mêmes problèmes, mais avec un pronostic plus favorable.

Dans un cas personnel, nous avons fait une excision avec un vaste drainage au contact et résumions ainsi nos constatations :

« La localisation des lésions nous a permis de faire un traitement conservateur. La cavité utérine n'était pas ouverte après l'excision des lésions et le reste de l'utérus semblait sain ; aussi, nous a-t-il semblé qu'un vaste drainage au contact suffirait. Nous jugeons en effet, dans les cas de ce genre, le Mickulicz absolument indispensable. »

Avec un traitement chirurgical précoce et conçu largement, le pronostic de l'abcès utérin même déjà rompu, n'est plus aussi sévère qu'il y a quelques années.

Les résultats s'amélioreront encore certainement avec la précocité du diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

ANDÉRODIAS. Deux cas d'abcès puerpéraux de l'utérus. *Revue Mens. de Gyn. et Obs.* de Paris, 1910.

ANDÉRODIAS et LOUBAT. Un cas d'abcès de l'utérus avec thrombophlébite. *Revue Mens. de Gyn., d'Obstr. et de Péd.*, 1912, p. 428.

AUCLAIR. Suppuration de l'utérus. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1893, p. 88.

BAYER (Fr.). Ein Fall von multipler Abcessbildung im puerperalen Utérus. *Monatsschrift f. Geb. und Gyn.* 1910, p. 481.

BAKOWSKI (F.). Enorme abcès de l'utérus ouvert dans la cavité de l'utérus. Guérison. Traduit dans *Klin. Rundsch. Wien*, 1891.

BAR (P.) et JEANNIN (C.). Abcès de l'utérus. Pratique de l'art des accouchements, de Bar, Brindeau et Chambrelent, 1914, T. I., p. 595.

BARRAWS. Intramural abcess of the uterus. *Amer. Journ. Obst. New.-York*, 1911, p. 575 et *Journ. de Chirurgie de Paris*, 1911, t. 6, p. 709.

BELL et BLAIR. Thrombophlébite puerpérale avec abcès de la paroi utérine. *Journal of Obst. and Gyn. of the Brith. Empire*, 1924.

BRINDEAU. Abcès de l'utérus. *Bull. Soc. Obstr. Paris*, 1901, p. 105.

CHAMPIONNIÈRE (J.-L.). Abcès de l'utérus chez une femme morte de péritonite. *Bull. de la Soc. Anat.*, 1869, p. 1905.

CONSTANTIN et MARIELL. Abcès de l'utérus. Faut-il faire l'hystérectomie dans les abcès de l'utérus compliqués de salpingite. *Bull. de la Soc. de l'Obstr. et de Gync.*, 1926, p. 562.

FEINER. Intra mural abcess of uterus with report of case. *Amer. Journ. Obst. and Gyn.*, mars 1927.

FISCHELL. W. Utérus abszess bedingt durch partiel nékrose eines intramuralem fibromyons. *Präger. Med. Wochenschrift*, 1886, t. II, p. 177.

FITZPATRICK (J.-R.). Abcess of the uterus. *Med. Press and Cir. London*, 1887.

FRANQUÉ (Otto von). Abcès de l'utérus. *Sammlung klin. Vortrage*, 1901, n° 316.

GERNEZ (Louis). Les péritonites puerpérales généralisées des suites de couches. *Echo Médical du Nord*, nos 11, 25, 34, 47.

GRONE. Beiträge zur Kasuistik der Uterusabscesse. *Vern. Obs. Gyn. Sket. d. Ges. Schwed. Aerzte Hygica.*, 1917-1918.

GRUSS. Sur les péritonites encapsulées. *Gyn. et Obst.*, n° 8, 1923, p. 41.

GUENIOT. Origine autogène de certaines péritonites puerpérales. *Revue Franç. de Gyn.*, 617-621, oct. 1929.

HALBAN und SEITZ. Intramuraler Uterusabsc. *N. Y. Med. Journ.*, t. I, mars 1913.

HAMANT et CHALNOT. Un cas d'abcès de la corne utérine droite. Réunion Obstét. de Nancy, 15 janvier 1936; *Société d'Obst. et de Gyn.*, mars 1936.

HARRIGAN. Abcès intrapariétaux de l'utérus. *N. Y. Med. Journ.*, t. 97, n° 9, mars 1913.

HAUBTMANN. Les abcès puerpéraux de l'utérus. *Thèse*, Strasbourg, 1930.

HENCKEL. Abcès paranéphrétique ouvert dans l'utérus avec coexistence d'une pyélonéphrite au cours du puerpérium. *Zentralblatt f. Gyn.*, p. 3206, 20 déc. 1930.

HENNIG. Ueber einen Fall von Uterusabszess im Wochenbett. *Monatisch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. 33, Heft 3, S. 323.

HERMANN (G.-E.). Abcess apparently of uterine Wall; discharge throug umbilicus, *Obst. J. Gr. Brit. London*, 1889, p. 452.

HUSSON. Abcès enkysté de la cavité utérine. *Bull. Société Anat.*, 1834, IX, p. 48.

JEANNIN et CHOMÉ. Diagnostic et traitement des péritonites puerpérales généralisées. *Bull. Acad. Méd. de Paris*, 14 mai 1935, t. 113, p. 627.

KELLE. Comment opérer la péritonite puerpérale. *Bulletin Soc. Gyn. Obst.*, mars 1929.

KIRKPATRICK. Abcès de l'utérus s'ouvrant à travers l'ombilic. *The Dublin Journ. Of. Med. Science*, EFFB. II, p. 152.

KNIPE (W.-H.-W.). Multiple puerpéral abcess of the uterus. *Amer Journ. of. Obst.*, 1911.

KNOPP. Utérus abscess. Metritis dissecans. Niderlansch, Tizdschr, 1917.

KUSS. Abcès de l'utérus. *Bull. et Mém. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1895, p. 502.

LADOS. Abcès développé dans le tissu utérin. *Ann. d'obst. et Gyn.* et *Gazette Méd. de Paris*, 1839, p. 605.

LE LORIER. Rétention cotylédonnaire post-partum. Infection et hémorragies utérines. Extraction du cotylédon. Abcès de la paroi utérine. Hystérectomie. *Bull. Soc. Gyn. et Obst. Paris*, n° 4, avril 1936.

LEOPOLD. Zur Opération Schwerer parametrischer Exsudate und des Utérusabszesse, Sitz. der Gyn. Geselsch. zu Dresden, 1910, Ztbl, f. Gyn., 1911.

LÉVY-SOLAL et LOUVEL. Sur un nouveau procédé de traitement des infections péri-utérines. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. Paris*, décembre 1927, p. 713.

LIFVENDAHL. Abcess of the uterine Hystérectomy Recordery. *Am. Journ. Obst. and Gyn*, janvier 1932, p. 97-103.

MERCADÉ (SALVA). Les abcès de l'utérus. *Ann. de Gyn. et Obs. Paris*, 1909, V, p. 29. — Kystes et abcès de l'utérus. *Thèse*, Paris, 1905-1906.

MEYER-MAY et FONTHAT-TUNG. Abcès de la paroi utérine. Un cas. *Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 15 février 1937.

MONDOR. Les avortements mortels. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1936.

NIVERT. Abcès du fond de l'utérus. *Bull. Soc. Anat.*, 1862, p. 168.

NOBLE. Report of four cases of abscess of the uterus. *Journ. of. Am. Med. Ass.*, 2, 1907.

PAVROSE. Bilatéral abscess of the uterus wall: *Am. Journ. of Obst.*, 1896, p. 673.

PICHEVIN. Abcès de l'utérus. *Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1895.

PICHEVIN et PETTIT. Sur les abcès de l'utérus. *Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1896. I, p. 133.

PICQUE. Abcès d'origine puerpérale dans la paroi d'un utérus fibromateux. Hystérectomie. Guérison. *Bull. Soc. Obst. de Paris*, 1905, p. 323.

POULAIN. Abcès de l'utérus et sigmoïdite. *Gaz. Méd. de Picardie*, n° 95, 1931.

ROY (J.-E.). Les collections suppurées de la paroi utérine. *Thèse* Paris, 1913-1914.

SAMPSON. Abcès intrapariétaux de l'utérus puerpéral. *Am. Jour. of. Obst.*, VI, 1910.

SAUVÉ (A.). Abcès puerpéraux de l'utérus. *Thèse* de Bordeaux, 1907-1908.

SCHNEIDER. Zur Path. des Puerperaulfiebers seltener Localisation des Interuterinalabscessess. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn. Berlin*, 1928.

SCHWARTZ. Sur un cas d'hystérectomie abdominale totale secondaire pour un abcès du parenchyme utérin. *Revue générale de Clin. et Thérap.*, Paris 1897.

SILVA. Sugli ascessi traumatici dell utéro. *Arch. di Ost. Gyn.*, 1927.

STEIN. Abscess of fibroid uterus; perforation into the general peritoneal cavity. *Journ. of. Amer Ass.*, 1923.

STIRTON. Posterior Abscess uterin. *Glascow Med. Journ.*, t. 16, p. 1881.

TOMASELLI. Un cas d'abcès de l'utérus. Traitement opératoire. *Arch. Di Ost. e. Gyn.*, avril 1930, p. 198-206.

TRANCU-RAINER. Abcès de la portion vaginale de l'utérus. *Zentralblatt f. Gyn.*, juin 1930, p. 1422-1425.

TURENNE. Abcès de l'utérus. *La Gynécologie*, Paris, 1908, p. 105.

WAGNER. Uterusabscess nach Appendicitis. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1916, p. 30.

WILMOTH. Les abcès de l'utérus. *Gyn. et Obst.*, t. 19, n° 3, mars 1929, p. 217.

Claude Bernard, morceaux choisis et préfacés par Jean ROSTAND, in-16 de 285 pages, chez Gallimard, 43, rue de Beaune, Paris (7°). Prix : 30 francs.

Hors de la nuit, vues d'un biologiste sur l'avenir, par H.-J. MULLER, traduit de l'anglais et préfacé par Jean ROSTAND, un volume in-16, chez Gallimard, 43, rue de Beaune, Paris (7°). Prix : 18 francs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1939

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de Sir Robert W. Philip (d'Edimbourg), membre correspondant étranger depuis 1921 dans la première division (médecine).

L'expérience roumaine sur le B.C.G. — M. MARFAN rend compte de l'expérience roumaine sur le B.C.G. En Roumanie, sous l'impulsion du regretté professeur Cantacuzène, dont l'œuvre a été continuée par son successeur Jonesco-Mihaiesti, et avec le concours de tout un groupe de collaborateurs dévoués, la vaccination antituberculeuse par le B.C.G. a pris une grande extension. Voici bientôt douze ans qu'elle y est appliquée. A l'heure présente, 448.014 personnes y ont été vaccinées, dont 32.509 enfants de la ville de Bucarest. Parmi ces derniers, 1.273 vivaient en milieu tuberculeux et ont pu être observés longtemps.

Les résultats de cette vaste expérience ont conduit aux conclusions suivantes :

1° La vaccination par le B.C.G. est inoffensive. Une enquête clinique sévère et de longues recherches de laboratoire ont permis de s'assurer qu'elle ne peut produire aucun accident ;

2° La vaccination par le B.C.G. réduit d'une manière appréciable la mortalité des enfants par tuberculose, surtout — et c'est ce qui est le plus significatif — surtout de ceux qui vivent en milieu contaminé au cours des trois premières années de la vie ;

3° La vaccination par le B.C.G. diminue la morbidité tuberculeuse et réduit le nombre et l'importance des tuberculose occultes.

L'expérience roumaine est donc tout à fait favorable à la vaccination antituberculeuse par le B.C.G.

Le virage de la réaction de Casoni après une deuxième ou plusieurs intra-dermo réactions. — MM. EMILE SERGENT, FOURESTIER, et JIMENEZ ont constaté qu'une première intra-dermo-réaction de Casoni négative peut être suivie, quelques jours après, d'un virage positif chez des sujets qui ne sont porteurs d'aucun kyste hydatique ni d'aucun tœnia.

Ils ont observé ce virage 11 fois sur 23 malades, c'est-à-dire à peu près dans la moitié des cas (48 %). Cette constatation conduit à admettre qu'une première intra-dermo-réaction de Casoni engendre une sensibilisation (locale ou générale).

Ces faits, observés également par M. Rist, montrent que la réaction de Casoni, dont la valeur diagnostique est indiscutable, lorsqu'elle est positive d'emblée, ne comporte pas la même conclusion lorsqu'elle n'est positive qu'après une première épreuve négative.

MM. BEZANÇON et RIST estiment que quelques exceptions ne doivent pas faire sous-estimer la grande valeur de la réaction de Casoni.

Action des hypervitamines et des régimes carencés sur la glande thyroïde. — MM. CARRIÈRE, MOREL et GINESTE (de Lille). Note présentée par M. BEZANÇON. — Les auteurs ont recherché l'action des hautes doses de vitamines A, B_1, C et D sur la thyroïde dans trois espèces animales, le lapin, le rat et le cobaye.

Les vitamines A et C ont une action inhibitrice certaine sur la secrétion thyroïde. La vitamine B_1 stimule modéré-

ment l'activité de la secrétion thyroïde du cobaye. La vitamine D a une action stimulante générale.

L'application de ces données expérimentales à la pratique médicale justifie la prescription d'une alimentation riche en facteurs A et C.

La vitamine D, l'héliothérapie et l'irradiation ultraviolette sont à déconseiller dans les hyperthyroïdies, il est possible que les hypothyroïdies bénéficient de ces méthodes.

Les auteurs ont traité un certain nombre de syndrômes Basedowiens par la vitamine C à haute dose et dans l'ensemble les résultats sont satisfaisants.

Thoracoplasties électives de détentes réalisées par le tannage du périoste costal. — MM. Leuret, Loubat et Magendie (de Bordeaux), Présentation faite par M. Bezançon. — On sait que le grand écueil de la thoracoplastie est la régénération osseuse rapide des côtes réséquées. Les auteurs apportent un procédé nouveau : la dévitalisation chimique du périoste par le tannage. Ils rejettent le formol et utilisent l'acide tannique à 20 pour cent.

Grâce au tannage du périoste on n'est plus obligé de rapprocher dangereusement les temps opératoires par crainte d'une régénération osseuse trop rapide.

Pouvoir catalytique des eaux alcalines à l'émergence. — MM. Roger Glénard, Raymond Glénard et V. Tassitch. — Certaines eaux alcalines de Vichy possèdent, après leur émergence, un pouvoir catalytique marqué mais temporaire, dû à la fine précipitation de colloïdes d'hydrate ferrique sous l'influence de l'oxygène de l'air.

Le phénomène n'atteint pas d'emblée son maximum mais seulement de façon rapidement progressive. Son importance peut varier du simple au double suivant la précocité et l'intensité de l'aération.

Si l'on admet qu'il doive y avoir un lien entre le pouvoir catalytique des eaux alcalines et une partie de leur action thérapeutique, ces données apportent un argument de plus qu'il peut exister des manières diverses de boire à la source, en rapport avec l'effet qu'on se propose d'obtenir, selon qu'il semble opportun ou non, par exemple, de favoriser l'aération de l'eau et le départ d'acide carbonique.

A propos de l'appendicite. — M. Weinberg.

Election. — MM. Gallavardin (de Lyon), et Pautrier (de Strasbourg), sont élus correspondants nationaux dans la première division (médecine).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UN PROJET DES CAISSES

Il est bon, surtout étant données les difficultés présentes, que les médecins qui ne connaissent d'ordinaire que les résultats obtenus par leurs groupements dans la défense de la médecine, sachent aussi ce à quoi ils peuvent être exposés; il est bon qu'ils puissent apprécier les projets qui les visent et qu'ils fassent conaître leur sentiment sur ces projets.

Aussi donnons-nous ci-dessus quelques phrases du projet de convention transmis par l'Union des Caisses à la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine.

Le préambule débute par une phrase qui n'a que des rapports éloignés avec le français qui, jusqu'ici, passait pour être une langue claire :

« L'intérêt qui inspire les Caisses d'Assurances sociales et la Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine rend

des plus utiles une collaboration étroit entre ces organismes. »

Un peu plus loin, nous lisons :

« Les Caisses sont décidées à garantir leur entier concours à la Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine à l'œuvre d'assainissement qu'elle a entreprise pour défendre ses membres en réprimandant ou condamnant ceux des médecins du département qui se seraient écartés par négligence technique ou complaisance coupable des règles de l'art médical ou des principes de déontologie. »

Ce paragraphe rappelle singulièrement une certaine conférence faite à Bruxelles par un dirigeant de Caisse, dans laquelle les médecins français furent assez malmenés. Mais passons, et voyons, dans l'article 5, ce que devient l'entente directe et ce qu'il laisse de liberté au médecin dans ses rapports avec ses malades.

« Les assurés sociaux seront traités au tarif généralement pratiqué dans la région, *avec comme plafond le tarif syndical minimum*, tant en ce qui concerne les visites et consultations que les actes de pratique courante.

« Le tarif syndical minimum appliqué aux assurés sociaux ne devra comporter aucune ristourne d'aucune sorte aux malades ou aux correspondants (médecins ou auxiliaires médicaux divers). De même, les médecins ne devront recevoir aucune ristourne de la part des chirurgiens ou spécialistes, des fabricants de spécialités, des pharmaciens ou des fournisseurs de l'art médical (décret du 15 juin 1938).

« Le médecin qui croirait pouvoir dépasser le tarif syndical minimum pourra être appelé *à en justifier devant le Conseil de famille syndical*, soit à la demande du malade, soit sur la plainte de la Caisse, soit encore sur celle du Syndicat; ledit Conseil de famille aura à connaître si les titres ou la notoriété du médecin, ou encore si la situation de fortune de l'assuré social justifie (*sic*) les honoraires demandés.

« Le Conseil de famille pourra *prononcer la restitution des honoraires indûment touchés, ainsi que le paiement d'une indemnité destinée à couvrir les frais engagés.* »

Et maintenant, confrères, appréciez.

A. HERPIN.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ADÉNOSINE

par Roger FABRE

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

L'adénosine ou adénoside résulte, on le sait, de la combinaison osidique d'une amino-purine l'adénine avec un sucre en C^5, le d-ribose.

Parmi les dérivés de l'adénosine, l'acide adénylique musculaire, le plus important (ou acide adénosine mono-phosphorique résulte de l'estérification de l'alcool du 5° atome de Carbone du d-ribose par l'acide phosphorique.

On trouve ces corps dans le sang et surtout dans les muscles striés et le cœur.

Le but de cette communication est de montrer par des observations cliniques chez l'homme, l'action thérapeutique de l'adénosine utilisée en injections intra-musculaires à la dose moyenne de cinq à dix milligrammes par 24 heures (2 mgr, 5 par centimètre cube de sérum physiologique) (1).

(1) Qu'il nous soit permis ici de remercier le Laboratoire A. Deffarge, qui a mis à notre disposition les quantités de Nucléocardyl en ampoules injectables dosées à 2 mg 5 d'adénosine par cm3 nécessaires à notre expérimentation.

L'étude pharmacodynamique de l'adénosine, sur l'animal date seulement de 1929 (Druri et Szent-Gyorgyi).

De ces travaux initiaux confirmés par de nombreux auteurs et tout récemment encore par le Professeur Pouchet (Académie de médecine, 18 janvier 1938), il résulte que l'action la plus remarquable de l'adénosine, et pour ainsi dire quasi spécifique, est une vaso-dilatation marquée des vaisseaux coronaires.

Certains expérimentateurs signalent, en outre une action vaso-dilatatrice générale sur les vaisseaux de la grande circulation avec hypotension artérielle secondaire. C'est là, semble-t-il, une manifestation peu importante car nous ne l'avons pas observée aux cours d'expériences faites sur le chien malgré l'injection intra musculaire de dix milligrammes d'adénosine. Toutefois, en faisant l'injection intraveineuse on constate une chute légère du tracé artériel, mais de très courte durée (quelques secondes).

L'adénosine enfin paraît dépourvue de toute toxicité, du moins lorsqu'on l'utilise aux doses habituelles.

C'est en raison de ces résultats expérimentaux et aussi des effets thérapeutiques encourageants obtenus chez l'homme par l'absorption per os d'adénosine que nous avons, depuis plus d'un an, entrepris l'étude thérapeutique clinique de ce produit en l'utilisant par la voie intra musculaire et aux doses indiquées précédemment, à savoir : 5 à 10 milligrammes par 24 heures.

Et comme il convenait l'expérimentation a porté sur des malades atteints de syndrome angineux et surtout des sujets chez lesquels les traitements antérieurs se montraient relativement inefficaces.

Les observations démontrent l'efficacité de l'action thérapeutique de l'adénosine dans les syndromes angineux, et l'absence de phénomènes toxiques lorsqu'on l'utilise aux doses précédemment indiquées.

On peut remarquer, en outre, que souvent la tension artérielle des malades lorsqu'ils sont préalablement hypertendus, s'abaisse légèrement sous l'influence du traitement par l'adénosine. Ceci paraît en contradiction avec les faits expérimentaux que nous avons observés sur l'animal. En réalité non, car nous avons utilisé des animaux normaux, d'autre part, certains auteurs signalent un effet hypotenseur léger et enfin il est possible de penser que l'état d'euphorie relative réalisé chez le malade à la suite de l'atténuation ou de la disparition des crises angineuses, est susceptible de lever un spasme vaso-constricteur d'ordre général et par cela même provoquer une légère hypotension par rapport aux valeurs tensionnelles antérieures.

Dans le syndrome angineux le mécanisme pathogénique n'est pas unique et à côté des cas les plus nombreux où le déficit de la perméabilité coronarienne est à l'origine du mécanisme physio-pathologique, il en est d'autres où la distension cardio-aortique par exemple, suffit pour provoquer le spasme douloureux et angoissant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'infection puerpérale, essai de chimiothérapie préventive, par le docteur Guy PICOT, in-8 de 105 pages chez Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Les jeux sont faits, un vol. de 189 pages, par J. CRINON, chez Edgar Malfère. Prix : 12 francs.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.

N° 13. — MERCREDI 15 FÉVRIER 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS.

Médecine et éducation. — III. Le médecin vis-à-vis des malades, des infirmes, des anormaux psychiques, par M. le professeur Pierre NOBÉCOURT.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société de biologie. — Société médicale des hôpitaux.

CHRONIQUE.

La lumière qui s'éteint, par F. L. S.
L'état sanitaire des réfugiés espagnols.

LIVRES NOUVEAUX.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Signes et diagnostic de l'endocardite d'Osler, par M. G. LE SUEUR.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Séance du mercredi 8 février : MM. les docteurs Judet, 5 ; Chigot, 3 ; Rudler, 7 ; Zagdoun, 10 ; Olivier, 6 ; Calvet, 4 ; Dufour, 10 ; Baumann, 6 ; Lazard, 6 ; Boudreaux, 8.

Opérations données : Ligature de l'artère axillaire dans l'aisselle ;

Désarticulation médiotarsienne, dite de Chopart.

Séance du jeudi 9 février : MM. les docteurs :

Monod, 6 ; Beuzart, 4 ; Petit, 10 ; Billet, 10 ; Mialaret, 7 ; Lance, 3 ; Dreyfus le Foyer, 8 ; Audouin, 9 ; Poilleux, 4 ; Vuillième, 9.

Opérations données : Ligature de l'artère fémorale au canal de Hunter. — Désarticulation du poignet.

Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. — Sera ouvert le mardi 25 avril 1939, à 9 heures, à la salle des concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du jeudi 23 mars au mercredi 29 mars 1939 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés).

— *Concours de l'Internat (oral).* — Jury définitif : MM. Monier-Vinard, Hamburger, Bourgeois (Pierre), Lemaire, de Brun du Bois-Noir, Métivet, Girode, Soupault, Parfonry, Sureau.

Hôpital de Saint-Denis. — Après concours sont nommés internes : M. Danset, Mlle M. Gagnier, M. Joly ; interne provisoire : M. Buquet.

Fondation ophtalmologique Alphonse de Rothschild. — Les inscriptions du concours pour la nomination à six places d'internes, qui doit avoir lieu le 17 mars, sont reçues jusqu'au 20 février prochain, 29, rue de Manin, à Paris (19e.)

École de Médecine de Tours. — Le concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie médicale et de médecine expérimentale, fixé précédemment au 20 février, est reporté au lundi 27 février 1939.

Avis de vacance d'emplois de directeur de la santé. — Sont déclarés vacants deux postes de directeur de la santé, l'un à Pauillac, l'autre à Marseille (*J.Off.*, 9 fév., p. 1854).

Hommage à Spallanzani. — L'Université de Pavie organise pour la Semaine de Quasimodo une cérémonie à la mémoire de Lazzaro Spallanzani, l'illustre naturaliste, né à Scandiano en 1729.

Société des Chirurgiens de Paris. — Le prix fondé par Maurice Cazin, ancien président fondateur de la Société, dont les arrérages s'élevaient à 4.000 francs, a été attribué pour l'année 1939 à M. le docteur Marcel Hugueny pour son mémoire sur les *Tumeurs osseuses radiosensibles*, qui a reçu 3.000 francs, et à M. le docteur J. Bottin, pour son mémoire sur le *Métabolisme de l'eau en chirurgie.*

Xe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires. — Ce congrès se tiendra à Washington du 7 au 15 mai 1939. M. le général Charles R. Reynolds, directeur

général du Service de Santé de l'Armée, a été nommé président du congrès et M. le colonel Harold W. Jones, secrétaire général.

L'adresse du Secrétariat est la suivante : Xe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires, Army Medical Library, Washington. DC.

Un programme scientifique et un programme de fêtes et d'excursions sont prévus. L'American Express C°, désigné par le Comité organisateur du Congrès, a établi un projet de séjour permettant d'intéressants voyages circulaires à forfait.

15e Croisière médicale française. — Départ du Havre, 2 avril 1939 ; retour au Havre, 16 avril 1939 ; Lisbonne, Tanger, Casablanca, Agadir ou Port-Étienne, Dakar, Madère par le S. S. *Champlain.*

Excursions à Rabat, Fez, Marrakech.

Renseignements : Croisières médicales françaises, 9, rue Soufflot, Paris (5e).

CHRONIQUE

LA LUMIÈRE QUI S'ÉTEINT

Le monde entier est plongé dans le deuil par la mort du « Pape de la paix ». Les médecins, quelles que soient leurs croyances, partagent l'émotion universelle. Ils ne peuvent oublier aussi que l'une des dernières cérémonies auxquelles assista S. S. Pie XI fut une manifestation d'ordre scientifique et médical.

En présidant, il y a peu de jours, l'Académie pontificale des Sciences, il remit au professeur Heymans, de Gand, le prix biennal Pie XI, qui lui était décerné pour l'ensemble de ses travaux sur la circulation sanguine et la respiration.

Le grand Pontife, qui fut le savant bibliothécaire de la célèbre Ambrosienne, de Milan, montrait ainsi que malgré les lourdes préoccupations de l'heure, il ne cessait de s'intéresser à la recherche scientifique pure.

F. L. S.

L'ÉTAT SANITAIRE DES RÉFUGIÉS ESPAGNOLS

La Commission de la Santé publique de la Chambre a entendu jeudi M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique. Elle a publié le compte rendu suivant de cette audition :

« Le ministre a fait un exposé sur le voyage qu'il a entrepris à la frontière franco-espagnole, en compagnie de M. Albert Sarraut, ainsi que sur les dispositions qui ont été prises sur place, en accord avec les autorités administratives et militaires.

Aux difficultés considérables que présentait l'afflux énorme des réfugiés et des miliciens, se sont ajoutées d'autres difficultés provenant de l'impossibilité d'utiliser la réserve de guerre du Service de Santé militaire. Il a donc fallu faire appel aux disponibilités courantes de l'armée, ainsi qu'au concours bénévole de médecins et des sociétés de la Croix-Rouge.

Le ministre de la Santé publique a obtenu, en accord avec les municipalités, l'utilisation des places disponibles dans les hôpitaux à Port-Vendres et à Marseille. Sur sa demande, et en accord avec le ministre des Travaux publics, la Société nationale des Chemins de fer a équipé un train sanitaire ; trois autres trains seront demain matin à la frontière.

Le ministre a demandé à son collègue de la Marine marchande de mettre à sa disposition des bateaux qui serviront d'hôpitaux, à Port-Vendres et à Marseille, dès vendredi matin. Ces bateaux pourront recevoir plus de trois mille blessés.

Un appel a été adressé par le ministre aux médecins civils qui accepteraient d'apporter leur concours aux services sanitaires et hospitaliers. Sur sa demande, la Confédération des Syndicats médicaux de France intervient auprès des médecins disponibles.

L'intendance militaire va livrer des paillasses et des sacs de couchage. Le grand sanatorium de Clairvivre (Dordogne) va être en mesure de recevoir mille blessés dans les quarante-huit heures.

M. Marc Rucart a estimé toutefois que ces moyens demeuraient insuffisants. Sur son initiative, il a réuni au Ministère de la Guerre une conférence à laquelle participaient les autorités militaires, ainsi que les représentants des ministres de l'Intérieur et des Travaux publics. De nouvelles dispositions ont été prises : un service est créé à la Santé publique qui sera dirigé par un officier du Service de Santé militaire. Enfin, les pouvoirs de réquisition ont été donnés au ministre qui a transmis immédiatement délégation aux préfets des 15e et 16e régions militaires.

M. Marc Rucart a enfin annoncé qu'il quittait Paris le soir même pour Perpignan.

Au nom de la Commission, M. Gardiol, président, a remercié le ministre ; il l'a félicité, en outre, des dispositions qu'il a prises dans les conditions les plus difficiles, attendu que le Ministère de la Santé publique ne dispose d'aucun personnel, ni matériel, ni établissement relevant de son autorité.

La Commission a en outre désigné quatre de ses membres pour enquêter dans les Pyrénées-Orientales : MM. les docteurs Gardiol, président, Gout, Boulet et Amédée Guy, qui partiront ce soir pour Perpignan. Ses membres se rendront individuellement, ensuite, dans les régions où vont être répartis les réfugiés. »

NÉCROLOGIE

— Le docteur Albert Delon, ancien interne des hôpitaux de Paris (1882), décédé à Nîmes à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— Le professeur Andrea Ferrannini, un des plus éminents journalistes médicaux italiens. Nous adressons à la rédaction de son journal, la *Riforma medica*, l'expression de nos sincères condoléances.

— Le docteur Jules Lauga, ancien médecin à l'hôpital Saint-Jean, à Bordeaux.

— Le docteur Aimar Raoult, à Nancy.

— Le docteur Georges Cahen, médecin en chef honoraire de l'hôpital civil de Vichy.

— Le professeur Woolard, professeur d'anatomie à l'University College de Londres.

— Le professeur A. Winternitz, de Budapest, bien connu par ses travaux sur la chirurgie du poumon.

— Le chanoine Jean Bonnifay, directeur au grand séminaire de Marseille, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Marseille et ancien chef de clinique à l'École de Médecine de Marseille.

MÉDECINE ET ÉDUCATION

Par M. le Professeur PIERRE NOBÉCOURT

III. — Le médecin vis-à-vis des malades, des infirmes, des anormaux psychiques (1)

Dans mes deux précédentes leçons (2) j'ai exposé deux modalités du rôle du médecin en matière d'éducation.

Tout d'abord, il lui appartient d'être le conseiller des éducateurs pour l'élaboration des méthodes d'éducation. Celles-ci s'adressent à des enfants et à des jeunes gens, qui sont en état de santé et qui présentent, au cours de la croissance et de la puberté, une succession de *types moyens*, se modifiant d'âge en âge. La connaissance de ces types, des aptitudes physiques, intellectuelles et morales, et des inaptitudes, permet d'instituer une *éducation physiologique*, conforme à la nature des enfants et des jeunes gens.

Ensuite, il lui appartient d'envisager les enfants et les jeunes gens du *point de vue individuel*. Beaucoup d'entre eux s'éloignent du type moyen du fait des particularités de leur croissance ou de leur puberté, de troubles de leur santé, de leur constitution et de leur tempérament, de diathèses. Pour eux, il est nécessaire d'assouplir les modalités de l'éducation, de façon à les adapter, dans la mesure du possible, aux aptitudes de chaque individualité.

Il me reste à parler du rôle du médecin vis-à-vis des enfants et des jeunes gens, qui sont atteints de *maladies* et d'*affections chroniques*, qui sont des *infirmes* ou des *anormaux*. Pour des raisons diverses, les uns et les autres ne peuvent recevoir l'éducation habituelle ; il faut leur donner une éducation physique, intellectuelle et morale, conforme à leurs moyens.

***

Les MALADIES AIGUËS entraînent des retards dans l'application des méthodes d'éducation instituées pour un âge déterminé. L'importance de ces retards dépend de la sévérité et de la durée de la maladie, des troubles plus ou moins accentués et prolongés qu'elle laisse après elle. Il appartient au médecin d'apprécier le moment où l'éducation peut être reprise sans inconvénient et, le cas échéant, les ménagements nécessaires. Dans certains cas, il pourra être amené à conseiller de poursuivre, pendant un certain temps, l'éducation en plein air. C'est une question d'espèces.

Beaucoup plus importantes sont les AFFECTIONS et les MALADIES CHRONIQUES.

Elles sont nombreuses et variées. Elles sont, soit d'ordre médical, soit d'ordre chirurgical ou orthopédique. Elles n'ont pas toutes les mêmes conséquences du point de vue de l'éducation.

On doit envisager plusieurs groupes de malades.

Un *premier groupe* comprend les malades dont la santé est peu compromise, dont les facultés intellectuelles et morales sont normalement développées, mais qui ont besoin de ménagements et de précautions particulières.

C'est le cas d'un diabétique traité par l'insuline, d'un asthmatique, d'un enfant atteint d'une cardiopathie légère à la suite d'attaques aiguës de maladie de Bouillaud, d'un enfant atteint d'une néphrite chronique ; d'un autre atteint d'une tuberculose ganglio-pulmonaire discrète ou éteinte, de sujets atteints de certaines dystrophies osseuses. C'est le cas encore de ces lymphatiques, dont je parlais samedi dernier, qui ont de l'hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx et des infections pharyngées à répétition. Je pourrais multiplier les exemples.

Tout d'abord, le malade doit pouvoir poursuivre son traitement et être soumis à une surveillance médicale régulière.

Ensuite, il doit être placé dans des conditions favorables pour la tolérance et même l'amélioration de la maladie. Assez souvent, il est indiqué de le faire vivre au plein air : par exemple, quand il s'agit d'une tuberculose ganglio-pulmonaire.

Souvent, les exercices physiques sont contre-indiqués ; aussi l'éducation physique doit être abandonnée ou dirigée avec beaucoup de prudence. De même, les jeux tranquilles doivent remplacer les jeux actifs.

Des cures de repos pourront être nécessaires.

D'une façon générale, ces malades peuvent être soumis à l'éducation intellectuelle commune, à la condition qu'ils n'en éprouvent aucun dommage. Beaucoup d'entre eux, en effet, sont peu résistants et se fatiguent facilement.

Somme toute, l'organisation de l'éducation est, pour chaque malade, une question d'espèces.

Les uns peuvent fréquenter un établissement d'éducation.

Pour d'autres, cette fréquentation est nuisible. Certains même doivent vivre dans un établissement de cure : préventorium, sanatorium; il faut prévoir, dans ces établissements, l'organisation de l'éducation.

Un *deuxième groupe* comprend les malades dont les facultés intellectuelles et morales sont déficientes ou déviées, qui souvent présentent, en même temps, une diminution des activités physiques.

Ce sont, par exemple, des myxœdémateux frustes, des hypothyroïdiens, des enfants dont l'encéphale a été affecté, pendant la gestation, l'accouchement ou après la naissance, par des infections, des intoxications, des traumatismes, qui peuvent avoir des accès d'épilepsie et des troubles physiques discrets.

Ces malades restent assez souvent méconnus. Ils ne peuvent bénéficier des méthodes habituelles d'éducation physique, intellectuelle et morale. Ils sont parfois justiciables de traitements qui peuvent être très efficaces, et de méthodes spéciales d'éducation. C'est pour eux qu'on institue des classes, des écoles dites de perfectionnement.

Un *troisième groupe* comprend des malades atteints d'affections sévères qui leur interdisent toute activité, leur imposent un alitement et un traitement prolongés.

(1) *Clinique médicale des enfants*, leçon du 3 décembre 1938.

(2) P. NOBÉCOURT, Médecine et Éducation. I. Le rôle du médecin dans l'élaboration des méthodes d'éducation. Leçon du 19 novembre 1938. — II. Le rôle du médecin vis-à-vis des enfants et des jeunes gens en tant qu'individualités. Leçon du 26 novembre 1938. *Gazette des Hôpitaux*, 1939, nos 9 et 11.

Les plus nombreux sont ceux qui sont atteints de cardiopathies sévères, causées par la maladie de Bouillaud, de tuberculoses ostéo-articulaires ou péritonéales, de tuberculoses pulmonaires.

Pendant longtemps, on ne s'est pas occupé de leur éducation. Or, il convient de ne pas les abandonner. Beaucoup d'entre eux peuvent s'améliorer et suffisamment pour pouvoir exercer certains métiers ou certaines professions. Il faut donc assurer leur éducation. Mais celle-ci doit être adaptée à leurs possibilités et ces possibilités diffèrent d'un individu à l'autre. Leur éducation morale doit être particulièrement soignée, pour aider ces malheureux à supporter leur triste sort, dans le présent et dans l'avenir.

Pour dispenser l'enseignement aux malades des hôpitaux de la région parisienne, a été fondée une association, *l'Ecole à l'hôpital*, qui rend des services signalés.

Les associations de *Scoutisme* s'occupent également d'eux.

Il conviendrait que dans tous les services et hôpitaux de chroniques, dans les établissements de cure, les sanatoria, l'éducation physique, intellectuelle et morale des enfants et des jeunes gens malades fût organisée méthodiquement.

***

Envisageons maintenant les INFIRMES.

L'*infirme* (*infirmus*, malade) est l'individu qui a une infirmité.

L'*infirmité* consiste dans l'absence ou l'imperfection définitive d'une fonction. Elle est *congénitale* ou *acquise*, suivant que la fonction n'a jamais existé ou que le trouble de la fonction s'est installé à la suite d'une maladie, d'un traumatisme, d'une intervention chirurgicale, etc. Il y a toutefois des infirmités à début tardif qui relèvent de causes congénitales.

Quand l'infirmité succède à une maladie, il est bien difficile de préciser le moment où celle-là fait place à celle-ci. En principe, le malade devient un infirme quand la maladie s'arrête, quand la réduction ou la perte de la fonction sont définitives, quand tout espoir légitime de récupération paraît perdu. Littré, dans son *Dictionnaire de médecine*, écrit : « La maladie est un fait qui s'opère et l'infirmité un fait accompli ; celle-ci est souvent la terminaison de celle-là. »

Mais souvent, en médecine, il faut se méfier des définitions et des cadres trop rigides. Il y a des infirmités qui s'installent alors que le processus morbide n'est pas encore éteint ; il y a des infirmités qui paraissent devoir être permanentes et définitives et qui, convenablement traitées, sont susceptibles de régression, alors qu'elle semblait impossible. La *maladie de Heine-Médin*, dont la lésion principale est la *poliomyélite antérieure*, qui entraîne la *paralysie infantile*, en est un exemple ; nous la retrouverons tout à l'heure.

Ces notions doivent toujours être présentes à l'esprit des médecins et des éducateurs. La plupart des infirmes doivent être traités en même temps qu'éduqués ; l'éducation exerce, dans bien des cas, une action thérapeutique ; elle doit être *médico-pédagogique* ; elle doit être poursuivie sous la direction simultanée du médecin et de l'éducateur.

D'après le trouble fonctionnel dominant, on distingue :
1° Des *infirmités motrices ;*
2° Des *infirmités sensorielles ;*
3° Des *infirmités psychiques.*

Souvent, en outre, il y a des *infirmités intriquées.*

Je ne m'occupe, en ce moment, que des infirmités motrices et des infirmités sensorielles. J'étudierai ensuite les infirmités psychiques avec les *anormaux psychiques.*

Il convient toutefois de remarquer que l'éducation des enfants et des jeunes gens atteints de ces diverses infirmités est subordonnée, dans une très large mesure, au développement de leur intelligence.

***

Les INFIRMITÉS MOTRICES relèvent de causes nombreuses et revêtent des modalités anatomo-cliniques variées. Elles résultent de *malformations congénitales*, *d'affections des os et des articulations*, des *muscles*, du *système nerveux.*

Je me garderai bien d'en dresser le catalogue. Quelques exemples suffisent pour poser le problème de l'éducation des infirmes moteurs et montrer qu'il n'y a souvent pas entre eux de commune mesure.

Il y a des enfants qui sont privés d'un ou plusieurs membres du fait d'une *malformation congénitale.* Au degré maximum est l'*ectromélie* qui, dans sa forme complète, consiste dans l'absence d'un ou plusieurs membres thoraciques ou pelviens, parfois même des quatre. L'aplasie congénitale d'un membre peut d'ailleurs être partielle : *phocomélie*, *hémimélie.*

D'autres enfants sont privés de tout ou partie d'un membre du fait d'un *traumatisme* ou d'une *amputation chirurgicale.*

Beaucoup d'enfants ont des *affections ostéo-articulaires* dues à des arthites infectieuses, à des ostéomyélites et notamment à la tuberculose. Citons encore la luxation congénitale de la hanche, les pieds-bots, les cyphoses et scolioses, les grosses déformations rachitiques, le rhumatisme chronique ankylosant.

Parfois, il s'agit d'*affections des muscles*, d'atrophies musculaires familiales, de myopathies.

Un groupe important comprend les *affections du système nerveux.* Parmi les plus communes sont les encéphalopathies congénitales ou acquises, qui sont la cause d'hémiplégies, de diplégies, du syndrome de Little et de divers autres syndromes cliniques, auxquels s'intriquent souvent des anomalies intellectuelles et morales, les paralysies infantiles causées par la maladie de Heine-Médin.

Étant donné la diversité des infirmités motrices, il importe, pour l'éducation, de faire entre elles les discriminations nécessaires, de procéder à un *triage.* Ce triage est essentiellement un acte médical.

On peut les grouper en deux catégories principales : la première comprend les infirmités dues à des malformations congénitales, à des affections du squelette ou des muscles ; la seconde comprend les infirmités dues à des affections du système nerveux.

Pour les infirmes du fait de malformations ou d'affections du squelette, le chirurgien et l'orthopédiste s'occuperont d'atténuer leurs conséquences par des opérations correctrices et le port d'appareils appropriés.

D'autre part, on instituera une éducation physique, dont l'objectif principal sera l'éducation fonctionnelle ; ses méthodes doivent être adaptées à chaque cas particulier.

Quant à l'éducation intellectuelle et morale, elle pourra être donnée suivant les méthodes habituelles, car ces infirmes n'ont pas, du fait de leur infirmité, de déficiences intellectuelles. Comme pour les non infirmes, il faudra tenir compte des aptitudes et des inaptitudes individuelles dont j'ai parlé samedi dernier. Il conviendra de tenir compte des difficultés matérielles que peuvent entraîner certaines infirmités.

Suivant la nature et le degré de leur infirmité les uns peuvent fréquenter les établissements d'instruction, les autres ne le peuvent pas et des mesures spéciales doivent être prises pour leur dispenser l'éducation.

Pour l'éducation des enfants et des jeunes gens qui ont des *infirmités liées à des affections du système nerveux*, il faut considérer le traitement médical, le traitement par les agents physiques, le traitement orthopédique et éventuellement le traitement chirurgical.

Ces traitements diffèrent suivant que l'infirmité est causée par une encéphalopathie ou par une poliomyélite. Leur étude m'entraînerait en dehors du cadre de cette leçon.

L'éducation physique doit avoir pour objet d'améliorer les fonctions des membres paralysés, si faire se peut.

Pour les paralysies qui s'accompagnent de spasmes et de contractures, elle consiste essentiellement en des exercices d'assouplissement, poursuivis avec patience et douceur, soit à l'air libre, soit dans des bains chauds.

Pour les paralysies infantiles, qui sont flasques, elle s'attache à faire fonctionner les membres ou les groupes musculaires qui ont conservé une certaine activité fonctionnelle. Elle combine son action avec celle des bains chauds, dans lesquelles les mouvements sont plus faciles, et avec l'emploi de certaines méthodes de physicothérapie, la diathermie, par exemple.

L'éducation physique, peut, dans certains cas, améliorer l'état de l'infirme. Les résultats dépendent du degré et de la nature de l'affection.

Ils dépendent également de l'état intellectuel et du caractère de l'enfant. Si l'enfant est intelligent, ils seront meilleurs que s'il est déficient. Ils peuvent donc être meilleurs dans la paralysie infantile, où l'intelligence est généralement intacte, que dans les encéphalopathies où elle est souvent altérée.

Les modalités et les résultats de l'éducation intellectuelle dépendent naturellement du degré d'intelligence de l'enfant. A cet égard, quand l'infirmité est due à une encéphalopathie, souvent on doit avoir recours à des méthodes particulières, dont je vais parler à propos des anormaux de l'intelligence.

Il faut tenir compte, d'autre part, des anomalies de caractère et des anomalies morales, que peuvent présenter ces infirmes.

Si l'infirmité et l'intelligence permettent la fréquentation des établissements d'enseignement, l'enfant ou le jeune homme peuvent y recevoir l'instruction. Sinon il faut la leur assurer par des mesures spéciales.

L'éducation des infirmes moteurs est un problème social important. Il semble que le mieux serait de les grouper dans de grands établissements, où ils seraient répartis par catégories dans des divisions séparées. Il serait plus facile que dans des petits établissements d'y réunir le matériel et le personnel spécialisé pour leur assurer les traitements ainsi que l'éducation physique intellectuelle et morale.

Cette éducation devrait y être complétée par une éducation professionnelle donnée à ceux dont l'état le permettrait.

***

Les INFIRMITÉS SENSORIELLES comprennent les *infirmités de la vision* et les *infirmités de l'audition.* A ces dernières se rattachent les *infirmités de la parole* qui en sont souvent la conséquence.

Les INFIRMITÉS DE LA VISION sont la *cécité* et l'*amblyopie*. Les infirmes de la vision sont les *aveugles* et les *amblyopes*.

La *cécité*, c'est-à-dire la privation de la vue, est complète ou incomplète. L'aveugle ou bien ne perçoit aucune sensation lumineuse, ou bien possède quelques vestiges de sensation ; son acuité visuelle est alors inférieure à 1/10e.

L'*amblyope* (ἀμβλύς, émoussé, ὤψ, œil) a une acuité visuelle très réduite, comprise entre 1/10e et 4/10e, assez importante pour rendre quelques services. Il ne doit être confondu ni avec l'aveugle ni avec le normal.

La *cécité* relève, suivent les cas, de *lésions des yeux* (cataracte congénitale, opacité du cristallin, kératite, choroïdite, etc.), de *lésions du système nerveux* (idiotie amaurotique familiale, névrite optique, atrophie optique héréditaire, etc. affections encéphalo-méningées). L'hérédité similaire, la syphilis congénitale jouent un rôle important.

La cécité est *congénitale* ou *acquise.*

Pour l'éducation, il faut tenir compte, d'une part, de l'âge où elle s'est installée, d'autre part, des tares intellectuelles intriquées.

L'aveugle de naissance, même quand il n'a aucune tare intellectuelle, présente un certain retard dans le développement de son intelligence, car les acquisitions si précieuses faites par la vision dès les premiers mois de la vie lui font défaut.

Quand la cécité est acquise elle entraîne des conséquences différentes suivant l'âge de son début. Si elle s'installe avant 8 ou 9 ans, l'enfant tend à perdre les acquisitions antérieures et ne tarde pas à se trouver dans la même situation que l'aveugle de naissance. Si elle s'installe après 8 ou 9 ans, l'enfant conserve la connaissance de la lumière, de la couleur, de la perspective, ce qui est très utile pour l'éducation.

Les tares mentales, intellectuelles, morales, que présente un certain nombre d'aveugles, ne dépendent pas de la cécité, mais de ses causes ; elles se rencontrent dans les cécités d'origine encéphalo-méningée.

Quand la cécité relève de lésions oculaires, l'enfant ne présente ni déficience intellectuelle ni anomalie psychique ; il est parfaitement éducable et peut acquérir, dans la suite, une haute culture. Toutefois, à l'âge scolaire, il présente un retard de deux ans environ sur les clairvoyants : temps nécessaire pour acquérir les moyens de s'instruire. On rencontre chez les aveugles la même diversité des intelligences que chez les clairvoyants.

Par ailleurs, l'état physique des aveugles offre certaines particularités. Ils ont souvent une apparence frêle et délicate, une musculature faible ; ils donnent l'impression d'une vitalité amoindrie. Ces caractères tiennent à leur manque d'activité, du fait qu'ils sont perdus dans le milieu extérieur.

L'*éducation physique* doit tenir une grande place dans l'éducation des aveugles.

L'*éducation intellectuelle* demande des méthodes particulières. Pendant des siècles, elle a été négligée. C'est seulement en 1771 que Valentin Haüy imagina une méthode pédagogique basée sur le toucher, permettant d'utiliser un alphabet en relief.

Dans la suite, au XIXe siècle plusieurs méthodes sont proposées par Louis Braille, aveugle depuis l'âge de trois ans, et par d'autres.

L'*éducation morale* doit tenir compte de certaines particularités du caractère qu'entraîne la cécité : exaltation de la sensibilité, de la susceptibilité, de l'amour-propre, de la volonté, réserve vis-à-vis des clairvoyants.

L'éducation des aveugles ne peut être donnée que par un personnel spécialisé dans des établissements spéciaux. Cependant, dans la suite, les aveugles peuvent bénéficier de certains enseignements communs.

L'INFIRMITÉ DE L'AUDITION est la *surdité*, c'est-à-dire la privation de l'audition. L'individu privé de l'audition est un *sourd*.

La surdité est *congénitale* ou *acquise*.

Ses causes congénitales sont des malformations de l'oreille, la syphilis, l'hérédité similaire.

Ses causes acquises sont des lésions de l'oreille et, au premier rang, les otites si fréquentes chez les enfants, ou des lésions nerveuses dues à des méningo-encéphalites, à des traumatismes, etc.

La surdité est *totale* ou *partielle*. Les surdités acquises sont le plus habituellement partielles.

Quand la surdité est totale, congénitale ou à début précoce, elle engendre la *mutité*. Les *sourds-muets* sont nombreux.

L'état physique et l'état intellectuel des sourds-muets dépend des causes de la surdité. La surdi-mutité ne trouble pas, par elle-même, le développement physique et le développement intellectuel. Les possibilités et les résultats de l'éducation sont subordonnés à l'existence ou à l'absence de tares psychiques. En l'absence de ces dernières, l'intelligence du sourd-muet ne diffère pas sensiblement de celle de l'individu normal.

Du point de vue de l'éducation, le sourd-muet, comme l'aveugle, ne présente sur le normal qu'un retard dû au laps de temps nécessaire pour acquérir les moyens de s'éduquer ; dans la suite le retard s'atténue graduellement et finit par disparaître. Quand l'éducation commence assez tôt, les résultats sont satisfaisants.

L'enfant sourd-muet est vif, éveillé, attentif ; il possède une mimique assez riche, mais essentiellement personnelle. Le sentiment de l'infériorité due à son infirmité entraîne cependant une tendance marquée à la susceptibilité.

L'*éducation des sourds-muets* a commencé bien avant celle des aveugles .Au VIIe siècle, Saint-Jean de Beverley, puis les Cisterciens font des essais de dactylologie. Dans la suite les méthodes se multiplient.

Mais c'est seulement en 1700 que l'abbé de l'Épée imagine une méthode dactylologique perfectionnée et, en 1770, que Samuel Heinicke, institue une méthode orale.

Actuellement, grâce à l'utilisation des techniques modernes, les méthodes ont acquis un haut degré de perfectionnement.

La méthode orale est adoptée presque partout. Le but de l'éducation est la démutisation ; elle doit être commencée le plus tôt possible et poursuivie dans une école spécialisée.

L'*éducation physique* tient une place importante et en particulier l'*éducation respiratoire*. En l'absence du contrôle de l'ouïe, une respiration bien disciplinée est indispensable pour une phonation correcte : la puissance et la marche du souffle jouent un grand rôle.

Je ne puis aborder l'*éducation intellectuelle;* l'exposé de ses méthodes m'entraînerait trop loin.

La démutisation et l'instruction des sourds-muets reposent en grande partie sur la vision et sur le toucher. On conçoit par suite la difficulté de l'éducation des enfants qui sont à la fois *aveugles et sourds-muets*, de ceux qui ont des *infirmités motrices*. Cependant l'ingéniosité et la patience des éducateurs y réussit ; parfois les résultats sont surprenants.

***

Les INFIRMITÉS PSYCHIQUES, les ANOMALIES PSYCHIQUES (ψυχή, âme) consistent en troubles de l'*intelligence*, troubles du *caractère*, troubles des *facultés morales*. On groupe souvent les sujets qui en sont atteints sous l'appellation d'ANORMAUX PSYCHIQUES.

L'importance et les particularités des anomalies psychiques légitime la spécialisation de la *neuro-psychiatrie infantile*, qui est enseignée par M. Heuyer à la *Clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile.*

Je me borne à donner quelques indications générales sur l'éducation des sujets qui rentrent dans cette catégorie.

Ce qui les caractérise, du point de vue de l'éducation, c'est que, comme l'ont écrit Alfred Binet et Simon, leur organisation intellectuelle les rend « incapables de profiter des méthodes ordinaires d'instruction et d'éducation. »

Ils présentent, en général, une intrication des troubles de l'intelligence du caractère, des facultés morales. La prédominance de tels ou tels troubles permet une classification.

Les ANORMAUX DE L'INTELLIGENCE, ANORMAUX INTELLECTUELS de Jules et Roger Voisin, se présentent à des degrés divers suivant l'importance et la modalité de leur déficience intellectuelle. Les uns ne sont pas éducables, d'autres sont susceptibles d'une éducation plus ou moins poussée ; cette distinction est de première importance.

Au bas de l'échelle est l'*idiotie*.

Pour Binet et Simon, « est idiot tout enfant qui n'arrive pas à communiquer par la parole avec ses semblables, c'est-à-dire qui ne peut ni exprimer verbalement sa pensée, ni comprendre la pensée exprimée par d'autres, alors que ni un trouble de l'audition, ni un trouble des organes phonateurs, n'expliquent cette pseudo-

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — **ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE**
POLONOVSKI ET NITZBERG

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

aphasie, qui est due entièrement à une déficience intellectuelle ».

Il y a l'idiot complet, qui ne manifeste aucun rudiment d'intelligence ou d'affectivité, qui n'a même pas l'instinct de conservation, qui ne sait ni manger ni boire.

Il y a des formes dégradées d'idiotie, dans lesquelles l'acquisition de connaissances rudimentaires est possible ; mais l'âge mental, mesuré par la méthode du test, ne dépasse pas quatre ans.

Pour le dire de suite, cette appréciation de l'âge mental et la comparaison avec l'enfant doué d'une intelligence normale ne correspondent pas à la réalité. Un enfant de 4 ans a une intelligence vive et éveillée, que n'a pas l'idiot, quel que soit son âge civil ; celui-ci est très différent intellectuellement de celui-là ; il est toujours facile de les distinguer sans un examen bien approfondi. La remarque est valable pour les autres degrés des anomalies de l'intelligence.

Il convient de préciser la cause de l'idiotie. L'idiotie liée à une encéphalopathie est incurable. L'idiotie d'un myxœdémateux peut être grandement améliorée quand il est soumis en temps voulu à l'opothérapie thyroïdienne; l'idiotie mongolienne est susceptible d'une atténuation spontanée.

Par suite, il ne faut pas négliger l'éducation de ces derniers

L'*imbécillité* consiste en une déficience intellectuelle moindre que l'idiotie. Pour Binet et Simon, « est imbécile tout enfant qui n'arrive pas à communiquer par écrit avec ses semblables, c'est-à-dire qui ne peut pas exprimer sa pensée par l'écriture, ni lire l'écriture ou l'imprimé, ou plus exactement comprendre ce qu'il lit, alors qu'aucun trouble de la vision ou aucune paralysie motrice des centres n'explique la non apparition de cette forme du langage, défaut d'acquisition qui est dû à une déficience intellectuelle. » Son âge mental est compris entre 4 et 7 ans. Il est très peu éducable.

Vient ensuite l'*arriération intellectuelle* ou *mentale*. L'arriéré intellectuel est généralement reconnu à l'école, car, malgré une fréquentation régulière, sa bonne volonté et ses efforts, il bénéficie mal de l'enseignement. Il présente, d'après Binet et Simon un retard scolaire de deux années, quand il a moins de 9 ans, de trois années, quand il a dépassé 9 ans. Son niveau mental, pour M. Heuyer, reste celui d'un enfant de 7 à 10 ans.

Vient enfin la *débilité intellectuelle* ou *mentale*. Les psychiatres ne s'entendent pas à son sujet.

Pour les uns, arriération et débilité sont synonymes.

Pour beaucoup d'autres, ce qui caractérise la débilité, ce sont la pauvreté d'esprit, l'absence de jugement, la vanité. Les débiles sont des sots. « Il n'existe point de meilleur synonyme à débilité intellectuelle que sottise », écrit M. Heuyer. La débilité mentale réside dans l'intrication de l'arriération mentale et de la sottise.

Cependant assez souvent, les débiles donnent l'impression de l'intelligence et peuvent même faire de bonnes études.

Il importe de distinguer l'idiot, l'imbécile, l'arriéré, le débile. Il ne faut pas perdre son temps et son argent à vouloir éduquer l'idiot et l'imbécile. On peut, au contraire, chercher à éduquer l'arriéré et le débile en utilisant des méthodes adaptées à leur aptitudes intellectuelles.

On admet souvent que le sujet qui a atteint l'âge mental de 12 ans peut être tenu comme normal. Simon estime que l'individu dont l'âge mental est supérieur à 10 ans peut gagner sa vie et que l'adulte normal moyen à un âge mental de 13 ans. Cette dernière proposition mériterait d'être discutée, car elle conduirait à admettre que les grandes différences intellectuelles entre l'impubère et le pubère, sur lesquelles j'ai insisté dans mes leçons précédentes sont l'apanage d'une minorité.

Comme je l'ai dit à propos de l'idiotie, il importe de préciser les facteurs étiologiques. Les sujets dont l'anomalie intellectuelle réside dans des lésions ou une déficience fonctionnelle de l'encéphale, qu'on peut qualifier de primaire, sont peu améliorables, réserve des cas où intervient une syphilis congénitale qui réagit au traitement. Les mongoliens peuvent s'améliorer spontanément sans devenir normaux. Les hypothyroïdiens, peuvent être grandement améliorés par la thérapeutique.

Il ne faut pas confondre *anormaux psychiques vrais* avec des sujets qu'Audemard appelle *faux anormaux psychiques*, Régis *anormaux non arriérés*, Paul Le Gendre *anormaux temporaires*, qu'on appelle encore *faux arriérés*, *retardés scolaires*. Il s'agit d'inhibitions psychiques attribuables à la crainte, à la timidité, à l'émotivité, aux troubles de la croissance ou de la puberté, aux troubles de la santé, au tempérament dont j'ai parlé samedi dernier.

Aux anomalies de l'intelligence enfin s'intriquent souvent des *anomalies du caractère* et des *facultés morales*, dont il me reste à parler.

Les ANOMALIES DU CARACTÈRE et des FACULTÉS MORALES sont très fréquentes chez les enfants et les jeunes gens .

Elles relèvent soit de *tendances constitutionnelles*, de *constitutions psychopathiques*, soit de l'influence du *milieu*, souvent de l'intrication de ces deux ordres de facteurs. Il importe de préciser le rôle de chacun d'eux pour juger des méthodes éducatives à utiliser et des résultats qu'elles peuvent donner.

Ces anomalies sont polymorphes et revêtent des modalités qui, dans une large mesure, sont individuelles. On peut cependant, avec MM. Heuyer et Gilbert-Robin, dans le *Traité de médecine des enfants* de Nobécourt et Babonneix distinguer plusieurs types : *caractère émotif*, *caractère instable*, *caractère cyclothymique*, *caractère épileptique*, *caractère paranoïaque*, *caractère pervers*.

Plusieurs de ces appellations rappellent certaines modalités particulières aux enfants et aux jeunes gens, ainsi qu'au tempérament neuro-arthritiques, dont j'ai déjà parlé.

L'*émotivité* est le propre de la constitution infantile ; elle diminue généralement avec l'âge.

Chez certains sujets, elle atteint un degré pathologique et se traduit par de véritables manifestations morbides.

Ce sont : la vivacité des réactions vaso-motrices avec des alternatives de rougeur et de pâleur, du tremblement, de l'agitation musculaire, des crises de larmes, des troubles du réflexe oculo-cardiaque, qui est tantôt exagéré, tantôt nul ou inversé, du fait d'un déséquilibre

neuro-végétatif, avec prédominance soit de l'hypervagotonie soit de l'hypersympathicotonie.

Ce sont encore : l'anxiété, le bégaiement, des obsessions, des phobies, des terreurs nocturnes, la colère. Une place importante doit être réservée à l'obsession sexuelle et à l'onanisme.

L'*instabilité*, comme l'émotivité, est le propre de l'organisme infantile, elle s'atténue avec l'âge.

Chez certains sujets, elle est exagérée. Ils sont sans cesse agités, ont besoin de se déplacer, ne peuvent fixer leur attention, changent sans cesse d'occupations, de jeux, de travail.

L'âge venu, ils ont de la peine à choisir un métier ou une profession ; ils ne peuvent se fixer et changent fréquemment.

Somme toute ils ont une faiblesse particulièrement grande de direction.

Le *caractère cyclothymique* consiste dans l'alternance de périodes d'excitation, avec agitation, turbulence, indiscipline, et de périodes de dépression, avec tristesse, asthénie, anxiété et même idées de suicide.

Nous avons vu que les neuro-arthritiques pouvaient présenter des manifestations de cet ordre.

Le *caractère épileptique* consiste principalement dans l'impulsivité et des troubles des facultés morales. L'épileptique est impulsif, violent, coléreux, sournois, mythomane. L'impulsivité entraîne des fugues, le vagabondage, et par suite des vols de nécessité provoqués par la misère. L'épileptique ne s'adapte pas à la vie sociale, à la famille, à l'école, à l'atelier.

Le *caractère paranoïaque* réside essentiellement dans une déviation du jugement.

Le paranoïaque a l'esprit faux : παρα, à côté ; νοία, esprit. Il est égocentrique ; il présente de l'hypertrophie de sa personnalité ; il est vaniteux, orgueilleux, méfiant, jaloux, rancunier, vindicatif. Il aime les éloges et n'admet pas la réprimande. Il répète souvent qu'il « veut vivre sa vie » ; c'est une raison des fugues, qui ne sont pas rares à la puberté.

Le *caractère pervers* consiste, d'après Ernest Dupré, dans des « anomalies constitutionnelles des tendances de l'individu, considéré dans son activité morale et sociale ».

La « perversion instinctive » se caractérise par l'absence de tout sentiment affectif et la malignité. Le pervers est insensible à la bonté et à la pitié ; il aime à faire le mal pour le mal ; il est insolent vis-à-vis des faibles, obséquieux vis-à-vis des forts ; il est paresseux, menteur, voleur.

On distingue le *pervers intelligent*, qui emploie son intelligence à faire le mal et est souvent un paranoïaque, et le *pervers débile intellectuel*, qui est le type de l'individu antisocial, dont les mauvais instincts sont déchaînés.

Le pervers présente souvent des perversions sexuelles. Il devient souvent un criminel.

Telles sont, aussi schématisées que possible, les anomalies du caractère et des facultés morales que peuvent présenter les enfants et les jeunes gens.

Elles peuvent soit exister avec des facultés intellectuelles normales, soit s'intriquer avec l'arriération ou la débilité mentales.

Ce bref exposé montre la complexité des méthodes éducatives qu'il convient de mettre en œuvre pour de tels sujets. L'éducation du caractère et l'éducation morale doivent être au premier plan. Un traitement médical est souvent nécessaire ; il peut faciliter l'action de l'éducation.

Il convient de mener dans tous les cas une enquête minutieuse sur le *milieu familial* et le *milieu social*. Le milieu joue un rôle considérable dans la genèse des anomalies et, en particulier, des perversions du caractère ; à côté des enfants qui présentent des perversions instinctives il y a des *enfants pervertis*, souvent d'ailleurs prédisposés à subir l'influence du milieu par leur hérédité et leur constitution.

Il ne faut pas méconnaître, enfin, le rôle possible des maladies, notamment des encéphalites. Des anomalies de l'intelligence, du caractère, de la moralité, ne sont pas rares dans l'encéphalite épidémique.

Ces facteurs constitutionnels et ces facteurs du milieu doivent être pesés avant de préciser les directives à donner à l'éducation.

Certains enfants peuvent être laissés dans leur famille et participer à l'enseignement commun : les émotifs, les instables, par exemple.

Toutefois, les conditions du milieu familial et du milieu scolaire entretiennent souvent et même aggravent leur état ; le placement dans un établissement spécial peut être préférable.

La plupart sont justiciables du placement dans un établissement où les méthodes d'éducation peuvent être conformes à leur état.

Dans ces établissements, à côté de l'éducation intellectuelle, on réservera une grande place à l'éducation du caractère et à l'éducation morale. Mais pour dispenser cette éducation, il faut des éducateurs de choix et ce n'est, malheureusement, pas toujours le cas.

Il faut éviter le mélange des enfants présentant des troubles différents de caractère ; il faut réaliser des groupes aussi homogènes que possible. Les pervers doivent être rigoureusement séparés des autres.

CONCLUSIONS

Je m'arrête aujourd'hui dans l'exposé des problèmes d'éducation, que le médecin ne doit pas ignorer. Dans ces trois leçons consacrées à *Médecine et éducation*, j'ai voulu montrer le rôle du médecin dans l'élaboration des méthodes d'éducation, vis-à-vis des enfants et des jeunes gens considérés à titre individuel, vis-à-vis, enfin, des malades, des infirmes, des anormaux de l'intelligence, du caractère, de la moralité.

Tout médecin ne peut remplir ce rôle avec compétence. Le médecin qui s'occupe de l'éducation doit bien connaître les enfants et les jeunes gens ; il ne peut acquérir cette connaissance que par leur fréquentation et leur observation.

Le médecin ne doit pas oublier qu'il lui appartient, non pas de suppléer l'éducateur, mais de le conseiller, de le guider. De même, l'éducateur ne peut remplacer le médecin.

Pour conclure, je répèterai ce que je disais en 1929 : « Je ne prétends pas que le médecin doive être un éducateur, ni l'éducateur un médecin. L'un et l'autre ont besoin de connaissances trop nombreuses et les encyclopédistes ne sont plus de notre époque... Mais j'estime qu'ils ne doivent pas s'ignorer, qu'ils doivent se prêter un appui confiant. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1938

Hyperglycémie au cours de la perfusion asphyxique du foie. — M. H. BÉNARD, Mlle M. TISSIER, M. DERMER, Mlle G. BAREILLIER et M. H. PÉQUIGNOT obtiennent au cours de la perfusion asphyxique des foies riches en glycogène, une hyperglycémie considérable.

Le rôle de l'anoxémie dans le mécanisme de production de cette hyperglycémie asphyxique est beaucoup plus net que celui de la surcharge du sang en acide carbonique.

La montée du sucre s'arrête dès qu'on supprime les conditions asphyxiques du sang ; elle reprend, si les réserves en glycogène le permettent, avec le retour de l'asphyxie.

L'hyperglycémie asphyxique peut être très facilement réalisée au cours de la perfusion du foie par l'action de l'oxyde de carbone ou du cyanure de sodium.

Ces faits ne préjugent en rien du mécanisme de l'hyperglycémie asphyxique in vivo sur l'animal entier ; ici en plus des conditions spéciales de l'irrigation hépatique et peut-être avant celles-ci, peuvent intervenir des phénomènes d'excitation bulbaire et de déséquilibre pancréatico-surrénal.

Pièges des champignons prédateurs de Nématodes. — MM. COMMANDON et de FONBRUNE présentent un film cinématographique très curieux et intéressant, sur les pièges microscopiques de certains champignons.

Action de la diathermie hépatique sur le coefficient de rétention du rouge Congo dans le plasma. — MM. P. CARNOT, R. CACHERA et Mlle T. MELIK-OGANDJANOFF, appliquant des courants diathermiques sur la région hépatique chez le lapin, ont observé un très notable abaissement du coefficient de rétention du rouge Congo dans le plasma.

Celui-ci passe dans ces conditions de 56,2 p. 100 à 21,6 p. 100. Cette accélération de la disparition du colorant du plasma ne se produit plus, si la diathermie est appliquée en dehors de la région hépatique.

Elle existe, mais elle est beaucoup moins prononcée, après application de rayons infra-rouges sur le foie.

Cette action de la diathermie hépatique tire son intérêt de ce que tous les autres procédés jusqu'à présent étudiés (action d'agents pharmacodynamiques divers, blocage du système réticulo-endothélial, splénectomie) n'ont qu'une influence bien plus faible sur l'épreuve au rouge Congo.

Nouvelles expériences de prémunition de lapins vis-à-vis de bacilles tuberculeux aviaires, au moyen de bacilles homologues, tués par chauffage. — M. F. VAN DEINSE. Des expériences de prémunition de lapins contre une dose de bacilles aviaires, par des bacilles tuberculeux aviaires tués par chauffage, émulsionnés dans de l'eau physiologique mortelle. Il constate que plus l'épreuve est éloignée de la prémunition, plus les cas de toxi-infection tuberculeuse type Yersin deviennent rares, plus les survies sont importantes. Les injections de bacilles aviaires morts agiraient plutôt dans le sens d'une allergisation, suivie d'une désensibilisation, que dans celui d'une immunisation vraie.

Election. — M. F.-P. MERKLEN est élu membre titulaire.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1938

Recherches sur la virulence de bacilles de Koch récemment isolés de tuberculoses internes diverses provenant de la clinique humaine. — MM. A. SAENZ et H. BROCARD étudient la virulence de 12 souches de type humain et 2 de type bovin issues exclusivement de localisations diverses de tuberculoses internes.

Il n'existe pas de différence appréciable de virulence entre les diverses souches humaines étudiées. Il ne semble pas y avoir de rapport entre la virulence et la localisation.

Par contre, les souches bovines se montrent nettement plus virulentes que les souches humaines.

Basophilie dans la tuberculose expérimentale. — MM. F. VAN DEINE et J. SOLOMIDÈS ont poursuivi des recherches sur la prémunition de lapins contre des bacilles aviaires vivants, par des bacilles tuberculeux aviaires morts. Ils ont remarqué que sur 69 lapins observés spécialement sous ce rapport, 16 (23,2 %) avaient une basophilie dépassant 10 %, et allant même dans un cas jusqu'à 58 %, alors que parmi 90 lapins normaux, 4 seulement (4,4 %) avaient plus de 10 % de basophiles dans le sang. Ils font un rapprochement entre l'état d'intoxication grave dans lequel se trouvent les lapins prémunis et éprouvés par des bacilles tuberculeux aviaires, et la tendance à voir dans la basophilie un signe d'intoxication.

Sur la nature de la substance libérée au cours de la vasodilatation dite antidromique. — MM. G. UNGER et J.-L. PARROT ont défini un certain nombre de propriétés chimiques et pharmacologiques de la substance qu'ils croient être le médiateur humoral de la vasodilatation obtenue par l'excitation du bout périphérique des racines postérieures.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1938

Sur l'hydrolyse enzymatique de l'atropine. — Mlles JEANNE LÉVY et E. MICHEL montrent le caractère enzymatique de l'hydrolyse du sang de certains lapins sous l'action de l'atropine.

Action des toxiques sur le thymus de l'animal sans surrénales. — MM. LEBLOND et LEGAL. Après ablation des surrénales, l'involutine du thymus due aux agents toxiques ne se produit plus, mais dans les heures qui suivent le début de l'intoxication on observe cependant une légère réaction hypnotique.

Le myélogramme au cours de l'infection expérimentale du cobaye par B. typhi murium. — Mlle MONTEFIORE a étudié les modifications de la cytologie médullaire au cours de l'infection expérimentale du cobaye par le b. typhi murium. Le nombre des granulocytes et des érythroblastes diminue constamment cependant que celui des mononucléaires augmente dans des proportions souvent considérables. Ces modifications sont précoces, mais tandis que le taux des érythroblastes rejoint très vite son chiffre normal, qu'il peut même dépasser celui des deux autres variétés de cellules reste longtemps inchangé. Le type des réactions cellulaires est un élément du pronostic, elles sont intenses et rapidement constituées lorsque la maladie expérimentale évolue vers la mort. Certains myélogrammes montrent l'existence d'éléments monoculées anormaux par l'aspect d'un noyau volumineux à faible affinité tinctoriale et renfermant un ou plusieurs nucléoles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1938

Ictère bénin et infections à bacille paratyphique C (type Kunzendorf). — MM. SOHIER, PARNET et HENRY. — Dans un cas d'ictère infectieux bénin, les auteurs ont pu isoler par hémoculture un bacille paratyphique C. Ils purent identifier au type « *S choléra suis* » (var. Kunzendorf), variété non rencontrée dans notre pays. L'intérêt de l'étude

épidémiologique réside dans la constatation d'une épizootie porcine concomitante due à un bacille identique. Ils signalent en outre l'utilité de l'identification précise des *Salmonella* isolées au cours d'un état typhoïde chez un sujet vacciné.

Ictère hémolytique avec leuco-érythroblastose. Splénectomie. Guérison. — MM. Troisier et Cattan apportent à la suite d'une observation qui remonte à 1932, et dans laquelle il s'agissait d'une femme de 52 ans, atteinte d'ictère hémolytique, dans le sang de laquelle on avait trouvé une érythroblastose considérable. La guérison fut obtenue par splénectomie.

Infiltration novocaïnique des ganglions stellaires dans les syndromes angoreux et hypertensifs. — MM. Donzelot et Menetrel. — Conclusions de la technique de l'infiltration stellaire, très utile souvent au cours des syndromes angoreux, la méthode ne présente qu'un intérêt restreint dans les syndromes hypertensifs.

Un cas de cirrhose biliaire infantile. — M. Chevrel, Mme Chevrel et M. Aubin. — Cas de cirrhose biliaire chez un mongolien mort à l'âge de 12 ans. A l'examen histologique du foie : sclérose diffuse morcelant le parenchyme, voies biliaires extra-hépatiques normales. Un autre enfant de la même famille atteint d'idiotie mongolienne présente un syndrome ictérique frusté. Les auteurs pensent que des malformations d'origine mongolienne portant sur le réseau des capillaires biliaires sont à l'origine de la sclérose hépatique.

Purpura thrombopénique consécutif à l'ingestion d'allyl-isopropyl-acétyl-carbonide (Sedormid). — MM. Pagniez, Pléchet et Fauvet. — Femme atteinte de purpura des membres avec signe de lacet, hémorrhagies gingivales et diminution des plaquettes sanguines. Les auteurs recherchent si le purpura n'était pas la conséquence de l'ingestion de Sedormid. Ils en eurent la preuve après avoir fait ingérer un comprimé de la même substance, car 3 heures après apparut une gingivorragie importante. Il faut considérer qu'un hypnotique banal peut se montrer doué d'une nocivité élective à l'égard des plaquettes et devenir l'occasion d'accidents purpuriques.

Présentation de 7 malades atteints de troubles hypophysaires. — MM. Maranon, Ch. Richet, Pergola et Lesueur. — Les auteurs insistent : 1° sur la fréquence, dans les syndromes de lésion associées se présentant soit sous l'aspect de hyringomyélie associée, soit de crises douloureuses abdominales, soit d'hypotrophies musculaires ; 2° sur l'existence du syndrome pigmentaire ; 3° sur un syndrome voisin de l'infantilisme hypophysaire de Souques ; 4° sur les effets heureux de l'association thérapeutique de l'antéhypophyse ; 5° sur la même action favorable dans les syndromes adipo-génitaux, de l'association hypophyse, thyroïde et benzoate de folliculine.

LIVRES NOUVEAUX

Les polynévrites, par Jacques Boudouresques, ancien interne des Hôpitaux de Marseille. Préface du Professeur H. Roger. Un volume in-8° de 520 pages, 100 fr. G. Doin, éd., Paris.

Le livre de J. Boudouresques comprend deux parties : une partie analytique, au cours de laquelle l'auteur fait le point en ce qui concerne les grandes classes étiologiques des polynévrites, aujourd'hui bien connues; il envisage ensuite les innombrables polynévrites, les unes d'observation assez fréquente, les autres rares ou rarissimes que l'on trouve éparses dans la littérature; il s'attache longuement à la description de types nouveaux comme les polyradiculonévrites curables avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. La deuxième partie est essentiellement synthétique; faisant état de types divers, l'auteur arrive à les condenser dans un schéma d'ensemble, où il s'efforce de dégager la véritable physionomie des polynévrites tant du point de vue clinique que pathogénique.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES et DIAGNOSTIC de L'ENDOCARDITE D'OSLER(1)

2. *Les anévrysmes artériels* sont souvent consécutifs à un processus embolique ;

Il semble, du reste, à la faveur d'arguments d'ordres divers, que, comme les embolies, ils soient la conséquence des lésions d'endothélite artério-capillaire, sur lesquelles différents auteurs ont insisté.

Ils peuvent être *périphériques*, ou *rester profonds* (cerveau, artère viscérale).

Ils sont rarement diagnostiqués en clinique, à moins d'une *rupture* avec grave hémorragie, Ce sont plutôt des surprises d'examen anatomique.

TERMINAISON

1. *Elle est bien souvent le fait d'une de ces complications :*

Hémorragie cérébrale ou méningée ;

Gangrène sèche à évolution rapide.

2. Sinon, elle se fait dans un tableau de *cachexie progressive*, où dominent, selon les cas :

La défaillance cardiaque surtout,

Ou *l'insuffisance hépato-rénale.*

FORMES CLINIQUES

Chaque symptôme — ou chaque complication — peut par sa prépondérance, créer un aspect clinique.

Il convient cependant *d'isoler :*

a) *Les formes anémiques* extrêmement fréquentes, trompeuses au point de faire porter le diagnostic *d'anémie pernicieuse*, d'autant qu'on y trouve les signes hématologiques classiques, avec présence d'hématies nuclées et de myélocytes.

b) *Les formes rénales*, sur lesquelles on a récemment insisté, pouvant réaliser tous les tableaux de *néphrites* (œdèmes, albuminurie, hématuries, surtout tableau d'azotémie croissante, tant sont variées les lésions anatomiques (gros infarctus, lésion glomérulaire limitée, ou glomérulonéphrite diffuse).

c) *Les formes cardiaques*, assez particulières aux lésions aortiques, réalisant habituellement le tableau de l'insuffisance ventriculaire gauche.

2. *Les formes nerveuses enfin :*

Soit *cérébrales :* aphasies, convulsions ;

— Paralysies des nerfs craniens ;

— Troubles psychiques parfois.

Soit *méningées*, avec liquide puriforme, mais stérile à la ponction, ou liquide d'hémorragie méningée.

Toutes ces formes anormales sont fécondes en erreurs diagnostiques, autant que l'étude attentive des antécédents,

l'existence de cette fièvre particulière,

l'atteinte profonde de l'état général, n'auront pas fait pratiquer l'examen majeur : *l'hémoculture.*

e) Signalons pour mémoire d'autres aspects, beaucoup plus rares, mais non moins trompeurs, que peut revêtir l'endocardite d'Osler :

Une forme pseudo-palustre ;

Une forme pseudo-rhumatismale ;

Une forme hémorragique, simulant de prime abord, le purpura chronique.

Enfin, une forme *à évolution tardivement rapide*. Sur le mode d'une endocardite maligne aiguë. Certains auteurs y voient une forme de transition avec le groupe des endocardites aiguës et en font un autre argument, joint à l'argument bactériologique, en faveur de la non-spécificité nosologique de l'endocardite d'Osler.

DIAGNOSTIC

1. *Au début*, une erreur de diagnostic est presque fatale, et à vrai dire, on n'éviterait la confusion avec une grippe, une fièvre typhoïde. une tuberculose pulmonaire, etc..., qu'en pratiquant systématiquement l'hémoculture dès qu'une manifestation fébrile se prolonge chez un cardiaque.

2. *Plus tard :*

Nous ne reviendrons pas sur les problèmes diagnostiques, toujours très difficiles à résoudre avant l'hémoculture, que peuvent poser l'apparition chez un cardiaque d'un *syndrome anémique*, d'autant qu'il faut savoir ne pas s'arrêter au diagnostic de souffle anémique anorganique.

D'une manifestation neurologique :

Hémiplégie brutale, ou trouble sensoriel (visuel par exemple).

D'un syndrome de néphrite, etc...

— Quelques diagnostics importants sont seuls à retenir :

1. *Les endocardites malignes aiguës* s'en différencient typiquement par :

— L'importance du syndrome infectieux ;

— Les caractères du souffle cardiaque ;

Classiquement musical et piaulant ;

— La fréquence des embolies infectantes.

Mais le problème peut se poser, quand on voit le malade *tardivement.*

Et, nous l'avons vu, l'évolution de la maladie d'Osler peut être brutalement accélérée lors d'une complication.

2. *Les endocardites malignes subaiguës*, qui s'observent aussi sur des cœurs déjà lésés, mais qui correspondent anatomiquement à des lésions thrombosantes.

Donnent le tableau d'une *insuffisance cardiaque* avec cyanose :

— Dyspnée ;

— Crachats hémoptoïques, etc., doublée d'un *syndrome infectieux.*

Mais : *sans grosse rate, sans hémoculture positive.*

En fait, ces formes subaiguës ont une *individualité discutable.*

Un certain nombre de signes qui en constituent la meilleure signature (tels qu'arythmie complète, ou embolies) sont des signes courants dans l'évolution des cardiapathies et se rencontrent avec une égale fréquence *dans le rhumatisme cardiaque évolutif et dans l'endocardie d'Osler.*

3. *Le rhumatisme cardiaque évolutif* est en fait, le plus important et aussi le plus difficile à résoudre.

Typiquement, il se différencie de l'Osler par l'importance des signes cardiaques, témoins de lésions en remaniement constant.

L'absence de splénomégalie, d'embolies ;

Enfin, l'action du salicylate de soude sur la fièvre et les arthralgies.

Mais : aucun de ces caractères n'a de valeur absolue, car on peut les observer dans l'endocardite maligne, comme ils peuvent faire défaut dans le rhumatisme cardiaque, et surtout, la résistance au salicylate est fréquente ; les embolies, les rash purpuriques sont possibles.

— Tous ces faits ont amené à penser qu'il n'y a pas de barrière absolue entre l'endocardite maligne et le rhumatisme cardiaque évolutif (voir même simple), d'une part.

— Et d'autre part, entre la maladie d'Osler et le vaste groupe des endocardites malignes aiguës ou subaiguës.

Dans tous les cas pratiquement, la multiplicité des formes est telle que, tant cliniquement que bactériologiquement, la distinction est souvent impossible.

C'est pourquoi on tend actuellement à voir entre toutes ces affections, une *parenté*, sinon une *identité* de nature.

G. LESUEUR.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1939, nos 9 et 11.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, L.-M Fortin, dir., 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.

N° 14. — SAMEDI 18 FÉVRIER 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Le traitement de l'asthme, par Ed. JOLTRAIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie de médecine. — Société de biologie. — Société médicale des hôpitaux. — Société de pédiatrie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de médecin des hôpitaux.* — Questions données :

Série A : Syphilis tertiaire du foie (thérapeutique exceptée).

Série B : Les brucelloses.

Questions restées dans l'urne : *Série A :* Formes cliniques et diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre. — Néphrose lipoïdique. *Série B :* Diabète insipide. — Cancer du poumon.

Concours de l'Internat (oral). — Séance du mardi 14 février 1939 : Mlle Schweisguth, 18 ; MM. Delouche, 27,5 ; Galey (Jean), 20 ; Mlle Bournisien, 24 ; MM. Monod (Claude), 21 ; Léandri, 27,5 ; Chessebeuf, 16 ; Devimeux, 17 ; Pruvot (Georges), 27 ; Bonvallet, 26.

Questions posées. — Formes cliniques des angines de la scarlatine. — Symptômes, évolution et diagnostic des perforations des ulcères gastro-duodénaux.

Agrégation des facultés de médecine. — Le *Journal Officiel* du 14 février 1939 publie les deux arrêtés suivants :

Art. 1er. — L'article 11 de l'arrêté susvisé du 15 mars 1938 est modifié et complété ainsi qu'il suit :

Médecine générale : 13 membres (pouvant être porté à 14, 15 ou 16 membres).

« Paris :

« 2 professeurs de clinique générale ;

« 2 professeurs de cliniques spéciales appartenant à des spécialités différentes ;

« 2 professeurs appartenant à des spécialités différentes, choisis parmi les professeurs de : pathologie interne, pathologie et thérapeutique générales, pathologie expérimentale et comparée, histoire de la médecine et de la chirurgie, thérapeutique, hygiène, anatomie pathologique, bactériologie, médecine légale, assistance médico-sociale, hydrologie thérapeutique et climatologie. »

(Le reste sans changement.)

Art. 2. — Le présent arrêté entrera en vigueur dès le prochain concours d'agrégation de médecine. Toutes dispositions antérieures contraires sont abrogées.

Le deuxième arrêté dispense de la première épreuve les candidats admissibles aux concours antérieurs. Cet arrêté est ainsi conçu :

Art. 1er. — L'article 41 de l'arrêté du 9 septembre 1935 est complété par les dispositions ci-après :

« 4° Les candidats ayant été déclarés admissibles lors du concours d'agrégation de médecine en 1936. »

Art. 2. — Le présent arrêté entrera en vigueur au concours d'agrégation de médecine de 1939.

Faculté de Médecine de Paris. — *Congé des jours gras 1939.* — A l'occasion des jours gras, la Faculté sera fermée les lundi 20 et mardi 21 février (cours, travaux pratiques, examens et bibliothèque).

Le Secrétariat sera ouvert les lundi 20 et mardi 21 février, mais seulement de midi à 15 heures.

Guerre. — *Hôpitaux thermaux.* — Sont désignés pour assurer en 1939 le fonctionnement des hôpitaux thermaux :

Bourbonne : M. le médecin lieutenant-colonel Coffiney, médecin chef, et M. le médecin capitaine Vidal.

Châtelguyon : M. le médecin capitaine Lemaistre, médecin chef.

Vichy : MM. le médecin lieutenant-colonel Nenon, le médecin commandant Lemaire, les médecins capitaines Blan et Cantagril.

Saint-Nectaire : M. le médecin commandant Goudet.

Royat : M. le médecin commandant Debenedetti, médecin chef.

Mont-Dore : M. le médecin lieutenant-colonel Attane, médecin chef ; M. le médecin capitaine Rabaute.

Barèges : M. le médecin capitaine Iversenc, médecin chef ; M. le médecin lieutenant Hoff.

Conférences préparatoires au concours d'admission à l'Ecole du Service de Santé militaire (candidats à quatre inscriptions de médecine). — Une série de conférences d'anatomie, d'histologie et physiologie destinées exclusivement à la préparation du concours d'admission à l'Ecole du Service de Santé militaire en 1939 est organisée au Val-de-Grâce, à partir du 20 février prochain.

Les auditeurs seront exercés à faire des compositions écrites et à subir des interrogations orales.

Les inscriptions sont gratuites. Elles seront reçues au début de la première séance, qui aura lieu au Val-de-Grâce (Petit Amphithéâtre de l'Ecole d'Application) le lundi 20 février, à 20 h. 30.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.). — L'assemblée générale annuelle de l'Association pour le développement des relations médicales aura lieu le mercredi 22 février, à 17 heures, dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique.

Ordre du jour :

— Allocution de M. le doyen Tiffeneau.

— Compte rendu moral par le professeur Hartmann.

— M. Henry Bordeaux, de l'Académie française : « Le médecin aux colonies ».

— Allocution de M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique.

Société d'Hydrologie et de Climatologie médicales de Paris. — La séance annuelle aura lieu le 6 mars prochain, 12, rue de Seine, sous la présidence du professeur Rathery, à 10 heures et à 14 heures.

Secrétaire général : Dr Sérane, 40, rue Jasmin, Paris (16e).

Syndicat des Journalistes médicaux français. — Au cours de sa récente assemblée générale, le Syndicat a constitué comme suit son bureau pour 1939 : *Président :* M. Loir (du Havre) ; *vice-présidents :* MM. R. Moliněry et Porcheron (de Marseille) ; *secrétaire :* M. R. Jodin ; *secrétaire adjoint :* M. Pierre Labignette ; *trésorier :* M. L. Mathé ; *archiviste :* M. Darras ; *membres du Conseil d'Administration :* MM. Paul Boudin, Chapon, de Fourmestraux (de Chartres) et O'Followell.

Société centrale de l'Association générale des Médecins de France. — Dans sa dernière assemblée, la Société centrale de l'A. G. a procédé au renouvellement de son Bureau qui se trouve ainsi composé : *Président :* Dr Le Lorier ; *vice-président :* Dr Babonneix ; *secrétaire :* Dr André Touchard ; *trésorier :* Dr J. Bongrand ; *vice-secrétaire :* Dr Davesne.

A l'issue de l'assemblée, le docteur Darras, président depuis vingt ans, a été nommé par acclamations *Président d'honneur*.

En outre, ont été élus membres de la Commission administrative : MM. Henry Deschamps, Monsaingeon et Rouèche.

COURS

Chaire d'hydrologie thérapeutique et climatologie. — M. le professeur M. Chiray, assisté de M. L. Justin-Besançon, agrégé, commencera ses cours et démonstrations cliniques du semestre d'été le mardi 2 mai, à 10 heures du matin, dans son service de l'hôpital Bichat et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours et des démonstrations : *Maladies de l'appareil digestif, du foie et de la nutrition : leur traitement hydro-climatique.*

Clinique de chirurgie orthopédique de l'adulte (Hôpital Cochin). — M. le professeur Paul Mathieu commencera son cours le mercredi 8 mars 1939, à 11 heures, à l'Hôpital Cochin, et le continuera les vendredis et mercredis matin suivants.

Clinique médicale des Enfants (Hôpital des Enfants Malades). — M. le professeur Nobécourt commencera son cours le jeudi 2 mars 1939, à 9 heures.

Chaire d'hygiène. — *Cours des grandes endémies tropicales.* — Le cours donné sous la direction du professeur Tanon et du médecin général inspecteur Sorel aura lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, à 17 heures, à partir du lundi 17 avril, et les mercredi, vendredi et lundi suivants, à la même heure.

Puériculture. — M. B. Weill-Hallé, chargé de cours à la Faculté de Médecine, commencera son cours le mardi 7 mars, à 15 heures, à l'Ecole de Puériculture, 26, boulevard Brune.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (professeur F. Rathery) :

Mardi 21 février, 11 h. 15. — Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Mercredi 22 février, 11 h. 15. — Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies du rein.

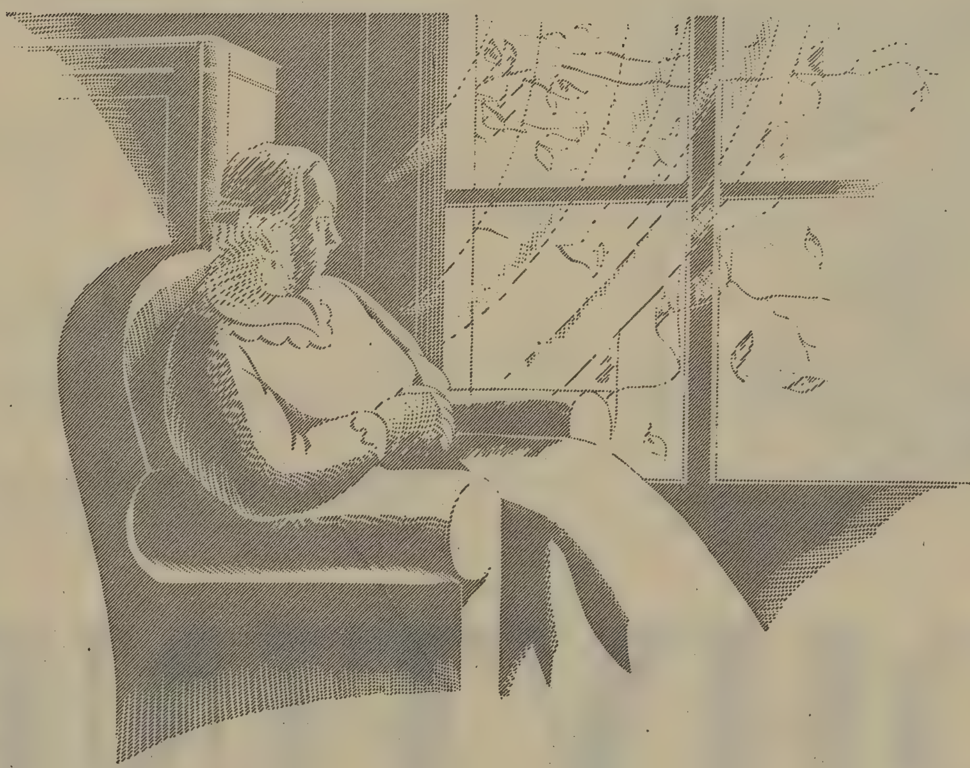
Jeudi 23 février, 10 h. 30. — M. Rathery : leçon clinique : *Accidents sulfamidés.*

Vendredi 24 février, 11 h. 15. — Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Gaston Legros, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Bordeaux, médecin principal des Douanes, décédé à Bordeaux.

*



REVUE GENERALE

LE TRAITEMENT DE L'ASTHME

Par M. Ed. JOLTRAIN

L'histoire clinique et pathogénique de l'asthme nous est actuellement bien connue ; nous avons pu déterminer ses rapports avec l'anaphylaxie et les déséquilibres endocrino-neurotoniques, nous avons pu limiter et définir le rôle des épines irritatives, mais il faut bien l'avouer, nous restons en clinique journalière trop souvent désarmés devant les asthmatiques quand il s'agit de les guérir de leur affection, de faire cesser leurs crises, et surtout d'empêcher leur répétition et la constitution de ce qu'on a pu appeler le « mal asthmatique ».

Avant de vous mettre au courant des diverses méthodes thérapeutiques actuellement mises en œuvre pour lutter soit contre l'état permanent, c'est-à-dire le terrain, soit contre l'attaque d'asthme qui traduit la brusque rupture d'un équilibre instable, je voudrais tout d'abord tracer très rapidement devant vous un tableau clinique esquissé des diverses variétés d'asthme que vous êtes susceptibles de rencontrer au cours de votre pratique médicale.

Si l'asthme essentiel carastéristique tel qu'on le décrit typiquement dans nos traités était toujours observé en clinique, le problème serait évidemment facile de le distinguer des pseudo-asthmes cardiaque et rénal, ainsi que de ces troubles respiratoires particuliers affectant une allure asthmatiforme et que l'on voit chez certains déséquilibrés du système nerveux. Mais nous savons tous qu'en clientèle, ce n'est pas toujours aussi facile. Il en est encore ainsi, par exemple, quand la crise d'asthme survient chez un enfant. Lorsque nous n'assistons pas à la crise elle-même, il est bien souvent difficile de savoir quel rôle jouent les phénomènes intestinaux si fréquents et les troubles bronchitiques ou pulmonaires dans les accidents respiratoires que les parents nous décrivent.

Dans l'asthme de l'adulte, il est relativement plus simple de faire un diagnostic précis, mais les épines irritatives, soit bronchique, soit nasale, compliquent parfois le problème. Enfin, ce qui est fréquent chez la femme après la ménaupose et chez l'homme âgé, c'est de voir des asthmes intriqués, c'est-à-dire coïncidant soit avec de la bronchite chronique et même de la dilatation des bronches, soit avec de l'hypertension, des troubles aortiques et de la dilatation du cœur gauche, soit enfin avec de l'albuminurie, des œdèmes et des petits signes de brightisme. Il est donc difficile de faire la part exacte qui revient à l'asthme proprement dit, surtout si nous obtenons des améliorations par une thérapeutique dirigée dans ce sens, et la part étiologique qu'il faut attribuer aux troubles cardiaques, brightiques, bronchitiques ou urinaires qui complètent le tableau clinique.

Conférence faite le mercredi 21 décembre à la Maison Départementale de Nanterre.

C'est pour cela que, cherchant autant que possible à me placer sur un terrain pratique, je m'en vais essayer de vous esquisser à grands traits quelques tableaux cliniques caractéristiques et la conduite à tenir dans chaque groupe de cas.

Il convient, avant tout, d'étudier le terrain sur lequel évolue l'asthme, et je pourrai en dire autant de la plupart des manifestations de la diathèse colloïdoclasique, rhume des foins, coryza spasmodique, urticaire, migraine, accès de tachycardie paroxystique, dermatose de sensibilisation.

Voici un enfant de 3 ou 4 ans — c'est la fréquence la plus grande, plus souvent garçon que fille, de souche neuro-arthritique, ayant eu souvent de petites infections digestives auparavant, avec un foie gros et fonctionnant mal. Cet enfant nous est amené parce qu'il vient d'avoir, et c'est plus souvent en hiver que se produit le début, une crise d'étouffement survenue le plus souvent après une phase d'instabilité et déséquilibre neuro-végétatif. L'enfant est instable, agité, il dort mal, souvent il a présenté un petit coryza préalable. Puis il a été pris brusquement d'un accès de dyspnée à type expiratoire. L'examen du thorax révèle, si vous le voyez pendant ou après l'accès, un tympanisme généralisé, des sibilances nombreuses et diffuses dans la poitrine, une inspiration prolongée et une expiration courte, un murmure vésiculaire comme étouffé et parfois vous assistez au rejet d'un liquide filant et muqueux, l'enfant crachant rarement. Si vous avez l'occasion de regarder au microscope ce liquide coloré, vous trouverez des éosinophiles en assez grande quantité.

Examinez cet enfant, vous lui trouverez le plus souvent un équilibre neuro-végétatif instable et de l'instabilité humorale. Vous savez combien on a discuté sur le rôle de l'hérédo-syphilis dans l'asthme. On pouvait penser théoriquement que celle-ci devait jouer un rôle étiologique important. En réalité, j'ai fait de très nombreuses recherches et de nombreux Wassermann chez des enfants asthmatiques et je les ai trouvés négatifs dans la même proportion que chez des enfants normaux pris au hasard.

Lesné et Mlle Dreyfus-Sée, dont nous connaissons tous la compétence, dans un rapport remarquable au dernier Congrès de l'Asthme, sur 110 cas d'asthme infantiles n'ont constaté que 12 cas de signes frustes d'hérédo-syphilis !

Le traitement spécifique dans l'asthme, et surtout chez les enfants, est non seulement inutile, mais il me paraît même dangereux en raison de l'exagération des déséquilibres endocrino-neurotoniques qu'il cause, qu'il s'agisse d'arsenic, de bismuth, ou de mercure. La question est jugée : à moins de preuves absolues, abstenez-vous.

J'en dirai autant de la tuberculose, qui est extrêmement rare chez les jeunes asthmatiques. Ce que nous avons trouvé souvent à l'origine, ce sont des infections microbiennes aiguës ou sub-aiguës ou des épines irritatives nasales ou amygdaliennes, des intoxications intestinales, parfois de l'helminthiase, parfois également quelque dyscrasie sanguine ou quelques déficiences endocriniennes et calciques. C'est en effet en connaissant le terrain que vous aboutirez le plus

facilement à de bons résultats dans le traitement de l'asthme infantile.

L'enfant asthmatique est en général un nerveux, émotif, irritable, d'hérédité névropathique, et il faut pour cela user des malynolurées à petites doses. Le signe de Chvostek est très souvent positif, ce qui semble indiquer un trouble du métabolisme du calcium, les dosages de calcémie exposent bien souvent aux erreurs et je ne vous engage même pas à les faire pratiquer en clientèle. Il vous suffira, lorsque les signes cliniques sont en faveur d'une décalcification, d'ordonner des médicaments comme les phosphates acides de chaux et de magnésium et d'aider la fixation du calcium dans l'organisme par les deux plus grands fixateurs du calcium que vous connaissez, j'ai nommé la Parathyroïde et la Vitamine C. J'insite sur ce point qu'il faut employer des doses faibles de 2 à 3 milligrammes.

Il importe enfin de considérer que dans le terrain asthmatique de l'enfant, l'alcalose joue un rôle, que le pH sanguin est souvent augmenté et que par conséquent il faut acidifier l'organisme. Ce raisonnement nous le retrouverons d'ailleurs à propos de l'adulte.

Avant de traiter la question si délicate de l'asthme de l'adulte, je voudrais vous dire deux mots de ses variétés les plus complètes et les plus caractéristiques qui vous donneront comme une sorte de schéma de la thérapeutique logique de l'asthme d'ordre anaphylactique.

C'est en effet la *maladie du Pollen* qui nous offre le type le plus achevé de cette affection. Nous supposerons un individu atteint à la fois de rhume et d'asthme des foins, ce qui est assez fréquent. Vous savez tous qu'il est aujourd'hui prouvé que c'est une hypersensibilisation aux pollens de graminées qui est la cause première de cette affection. A la suite d'une perturbation brutale d'ordre émotif ou physiologique (c'est parfois la puberté) un individu se sensibilise brusquement ou progressivement aux pollens de graminées. Contrairement à ce qu'on pensait au début, il s'agit beaucoup plus rarement de pollens des fleurs ou des arbres que de pollens de graminées.

L'aspect clinique est caractéristique, l'apparition au mois de mai, la disparition au mois de juillet, les violentes attaques d'éternuements, d'hydrorrhée nasale et de larmoiement, les accès d'asthme qui finissent par empêcher l'individu de vaquer à toute occupation et empoisonne sa vie, le rendant tout prêt à accepter n'importe quelle thérapeutique, même dangereuse. Assez souvent, l'asthme complique le coryza, et vous assistez alors, dès que le malade est à la campagne et qu'un pollen arrive en contact de sa muqueuse nasale, à la crise d'asthme la plus caractéristique.

Si vous pratiquez à ce malade une série de cuti-réactions (c'est très facile et l'on peut se procurer des ampoules des pollens les plus couramment incriminés), vous verrez qu'elles sont positives dans 90 % des cas. A l'endroit où vous aurez scarifié la peau très superficiellement et sans la faire saigner, vous verrez apparaître le placard urticarien très caractéristique.

Les pollens que nous voyons le plus souvent positifs sont par ordre de fréquence : l'avéna élatior, le ray-gras, la fléole des prés, le dactyle pelotonné.

Généralement, vous trouverez une série de cutis-réactions positives, l'individu étant généralement sensible à plusieurs pollens de graminées.

Si vous déposez une goutte d'un extrait même dilué à doses infinitésimales sur la muqueuse nasale, vous verrez apparaître immédiatement l'accès typique de rhume des foins avec éternuements et coryza, et vous pourrez voir la muqueuse nasale devenir rouge, puis s'œdématier, puis suinter. Assez souvent, vous réaliserez d'une manière expérimentale une attaque d'asthme.

Sans doute pourrez-vous soulager votre malade avec l'Adrénaline, l'Ephédrine et tous médicaments que nous allons passer en revue, mais vous pourrez aussi le plus souvent arriver à l'améliorer (70 % des cas, au moins passagèrement en cherchant à modifier son milieu humoral, à le désensibiliser, c'est-à-dire à le vacciner en quelque sorte contre les pollens auxquels il est précisément sensible. Pour cela, rien n'est plus simple. *N'employez surtout pas les méthodes qui consistent à pratiquer les injections sous-cutanées à des doses même infinitésimales d'extraits de pollens dilués* comme l'ont conseillé les Américains.

A ce point de vue, laissez-moi vous conter une anecdote clinique caractéristique.

Un jeune homme vient nous consulter pour rhume et asthme des foins avec hydrorrée qui fait que depuis la fin du mois de mai jusqu'au mois de juillet il est obligé, habitant la campagne, de vivre dans sa cave. Les cutis-réactions ayant montré qu'il était extrêmement sensible aux pollens de graminées, nous essayons de le désensibiliser avec un extrait de pollen très dilué préparé suivant la méthode américaine. Une demi-heure après être sorti de notre cabinet, il sent un formidable malaise, une bouffée de chaleur lui monte à la face, il sent gonfler progressivement sa face, ses lèvres et même sa langue, ses yeux bouffis se ferment, il ressent un prurit intense sur tout le corps. N'ayant pas le temps de rentrer chez lui il fait arrêter son taxi chez un ami qui nous téléphone aussitôt affolé et nous nous trouvons placés en face d'un malade atteint d'urticaire généralisé et d'œdème de Quincke avec des yeux complètement fermés, la face déformée à la manière d'un magot chinois, sa langue est énorme, sa respiration est rauque et serratique, son visage est violacé. Il est incapable de parler, la trachéotomie d'urgence semble s'imposer. Vous devinez notre émoi. Tout cède heureusement à une série d'injections d'adrénaline au 1/1000 intra musculaires et peu à peu tout rentre dans l'ordre.

Fait d'ailleurs curieux et stupéfiant, le malade, à la suite de cet énorme choc, reste désensibilisé pendant deux ans et n'a aucune attaque de rhume ou d'asthme des foins.

Abrami et Pasteur Vallery-Radot ont observé des cas analogues et nous avons tous renoncé à ce procédé thérapeutique dont je vous signale le danger.

Nous employons pour *désensibilisation spécifique* la méthode des cuti-réactions. Par une série de cutis et d'après l'intensité du placard d'urticaire nous pou-

vons juger les principaux pollens de graminées auxquels est sensibilisé notre malade. Ce sont toujours les mêmes, mais à des taux variables. Vous faites alors une ordonnance d'après l'intensité des cutis-réactions pour que votre malade fasse fabriquer de petites ampoules avec un mélange approprié d'extraits de pollens. Vous en trouverez chez certains pharmaciens. Cette méthode a l'avantage d'être facilement pratiquée par le malade lui-même qui, le soir en se couchant ou le matin au réveil, se fait à l'aide d'un vaccinostyl, par exemple, une très légère scarification de l'épiderme (il ne faut pas que cela saigne) et dépose une goutte du mélange approprié. Habituellement, après 15 jours ou 3 semaines, il peut essayer et c'est un test expérimental de valeur, d'en mettre une goutte dans chaque narine, quelques éternuements et un peu d'hydrorrhée dans les minutes qui suivent et la désensibilisation est plus complète. Il faut, bien entendu, que cette sorte de vaccination ait lieu au moins un mois avant l'apparition habituelle du rhume des foins, après cette époque elle ne produit plus guère d'effet. Vous n'avez plus, si votre malade vient en pleine période de crise, après avoir étudié son terrain qu'à le traiter suivant les méthodes habituelles employées dans le corysa spasmodique et l'asthme ordinaire de l'adulte.

***

J'en arrive maintenant à la *crise d'asthme caractéristique*, à son traitement et nous verrons ensuite la nécessité d'agir sur le terrain humoral, nerveux, endocrinien et pulmonaire sur lequel la crise d'asthme éclate le plus souvent.

La crise, vous la connaissez tous. Vous savez qu'elle est précédée par un bouleversement sanguin qui est le plus souvent d'ordre anaphylactique. Mais il est difficile de découvrir la cause précise et de connaître la substance sensibilisante.

Vous connaissez tous la fameuse histoire clinique du marchand de moutons qui a servi de base expérimentale aux travaux auxquel Widal, Abrami et Brissaud ont bien voulu m'associer et qui ont mis en lumière *la crise hémoclasique* initiale apparaissant comme prélude à l'attaque d'asthme, la *valeur importante du terrain* constituant ce que l'on appelle la « diathèse colloïdoclasique » et *l'autosérothérapie comme méthode thérapeutique.*

Il s'agissait d'un marchand de moutons qui s'était brusquement sensibilisé pendant un voyage en Algérie. En rentrant à Marseille il est pris brusquement d'une crise d'asthme typique en allant au marché aux moutons. Il revient à Paris et à partir de ce moment, est dans l'incapacité d'exercer son métier ayant des crises d'asthme chaque fois qu'il est en contact de moutons.

Il nous est adressé en 1913 à l'hôpital Cochin par Lermoyez. Nous examinons son sang, puis nous le mettons, sans le lui dire, au contact de moutons. A peine un quart d'heure s'est-il passé qu'avec Widal, Abrami et Brissaud, chacun de nous jouant son rôle, nous constatons une baisse considérable des globules blancs, une inversion de la formule leucocytaire avec éosinophilie, une chute de la pression artérielle, une modification de la coagulation du sang, une baisse des ions calcium, du pH. et de la réserve alcaline, des troubles de la sédimentation des hématies, en un mot toute une série de perturbations sanguines auxquelles nous donnons le nom de *choc hémoclasique*, du grec κλαζειν déséquilibrer.

A peine à la leucopénie initiale succédait la leucocytose réactionnelle et tandis que le sang reprenait sa physionomie normale, le malade accuse un brusque malaise, nous déclare qu'il sent venir sa crise. Il porte les mains à son cou, se plaint d'une véritable soif d'air et nous assistons à la plus violente et à la plus caractéristique crise d'asthme qu'il nous ait été donné d'observer. La crise hémoclasique en avait été le prélude.

Vous connaissez la suite, deux ou trois fois nous recommençons la même expérience puis connaissant le phénomène de Besredka dans l'anaphylaxie, nous songeons à prendre du sang à notre malade en crise à en isoler le sérum et à en introduire les jours suivants une petite dose dans ses veines. Quelle ne fut pas notre joie lorsque, 15 jours après avoir renouvelé la fameuse expérience et mis le malade au contact des moutons, de constater qu'il n'a plus ni crise hémoclasique, ni attaque d'asthme consécutif, il était donc désensibilisé.

Je vous dirai tout à l'heure que cette expérience nous l'avons renouvelée maintes fois par des procédés divers avec des substances différentes. Nous avons pu déterminer le rôle du choc émotif et de la fatigue, dans la production du choc hémoclasique et de l'asthme. Nous sommes enfin restés fidèles à l'autosérothérapie qui donnait de bons résultats. Il ne faudrait pas croire que la *désensibilisation est constante* et surtout qu'elle est durable et définitive.

Dans l'asthme de l'adulte si, parfois, l'interrogatoire nous met sur la voie de la cause, les cuti-réactions, au contraire de ce qui se passe dans la maladie du pollen, sont presque toujours négatives, ne nous apportant par conséquent guère de renseignements pour la découverte de la cause étiologique. Je me demande même aujourd'hui, après vingt ans d'expérience, s'il est bien utile à un praticien qui n'a souvent ni le temps ni les moyens, de pratiquer cette épreuve des cuti-réactions à maintes substances diverses.

Parfois l'examen critique et l'interrogatoire du malade vous mettra sur la voie de l'étiologie par des produits alimentaires divers, des poussières, des plumes ou poils d'animaux, des produits de la fatigue ou du choc émotif initial. Les méthodes de laboratoire, je suis bien placé pour vous en parler, ne donneront jamais des résultats meilleurs que l'examen clinique. Je n'en veux pour preuve qu'un certain nombre de cas que très rapidement je passe en revue devant vous.

C'est un vétérinaire de l'école d'Alfort, depuis devenu professeur, qui sait qu'il est sensibilisé au poil de cheval. En Amérique, l'asthme équin est très fréquent. On a pu prétendre qu'au grand siècle certaines femmes se trouvaient mal, à l'entrée de leur mari dans leur chambre, parce qu'ils arrivaient tout bottés d'une randonnée à cheval.

Voici un jeune enfant qui a des crises d'asthme depuis l'âge de 6 ans, la mère nous révèle que l'enfant

est atteint d'asthme depuis que le mari a pris la direction d'un moulin et l'enfant est sensible à la poussière des sacs de blé.

Un décorateur de la Comédie-Française a un véritable état de mal asthmatique en respirant la poussière des décors de théâtre.

Un jeune homme, employé dans un magasin de fourrure, est sensible aux teintures employées et une jeune fille employée est sensible à certains produits pharmaceutiques qu'elle manie. Le cas le plus typique de tous est ce pharmacien sensible à la poudre d'ipéca dont nous avons écrit l'histoire et qui, à la suite d'une injection de 10/1000 d'une solution d'ipéca présente tous les accidents de la colloïdoclasie, crise d'asthme, amaurose subite, urticaire généralisé, érythème scarlatiniforme et tachycardie paroxystique.

Tous ces malades, que je cherche à faire passer devant vous et qui évoquent en moi des souvenirs de la clinique Widal, à Cochin, ont été traités par les méthodes désensibilisantes spécifiques avec plus ou moins de résultats pratiques.

Voyons ensemble les traitements les plus pratiques de l'asthme de l'adulte, leurs indications, leurs inconvénients, leurs résultats heureux et leurs échecs.

Lorsque vous êtes en face d'une crise aiguë, avant tout il faut soulager le malade. Trois moyens héroïques sont à votre disposition. C'est tout d'abord l'adrénaline au 1/000, ce fut le premier employé. Vous connaissez les inconvénients de l'injection d'adrénaline intra-veineuse, elle est à éviter, tant le choc est violent pouvant même parfois entraîner la mort. Sous-cutanée l'injection détermine parfois de petites escarres. Elle doit donc être pratiquée intra-musculaire, un à deux centimètres cubes d'une solution à 1 pour 1000.

N'ayez en tous cas la crainte, lorsque vous conseillez à vos malades une médication à base d'adrénaline, ni de l'hypertension provoquée qui est toute passagère et ne présente pas de danger, ni de l'accoutumance ; l'adrénalinomanie ne ressemble en rien à la morphinomanie, on a pu signaler chez quelques asthmatiques chroniques la Kentomanie, c'est-à-dire la manie de la piqûre, c'est très rare.

A côté de l'adrénaline, il faut placer *les extraits surrénaux* et en particulier la surrénale totale conseillée par Heckel et dont la préparation porte son nom, le sérum de Heckel. Enfin, l'évatmine conseillée pour la première fois par Benzon et Hallion, et qui est mélangée d'adrénaline et d'extrait hypophysaire.

Il est parfois nécessaire d'essayer différents produits, chaque malade ayant sa préférence pour tel ou tel médicament qui lui réussit.

Il est bien entendu qu'on a pu associer à l'adrénaline toute une série de médicaments et en particulier la belladone. Il y a de nombreuses préparations, dont l'asthmolysine.

Un médicament, plus intéressant peut-être, mais lui aussi plus symptomatique que curateur, c'est l'*Ephédrine, connue en Chine* de toute antiquité. L'Ephédra vulgaris ou Ma-Huang, est extrait d'un arbrisseau qu'on trouve surtout en Chine, l'Ephédra qui appartient au groupe des gnétacées. L'éphédrine est broncho-dilatatrice des bronches et vaso-constrictive des vaisseaux, comme l'adrénaline. On peut en injecter de 2 à 3 centigrammes par jour et vous connaissez les très nombreuses préparations et produits pharmaceutiques à base d'éphédrine. Profitant de ce fait que les jeunes médecins savent de moins en moins formuler, les fabricants de produits pharmaceutiques multiplient à l'infini leurs produits avec des formules très peu différentes les unes des autres et qu'il prétendent malheureusement s'appliquer à tous les cas d'asthme, ce qui est faux. Combien il serait préférable de formuler, non pas suivant la qualité du produit, mais suivant les symptômes observés chez le malade.

Trois médicaments sont encore à retenir dans le traitement de la crise, c'est la belladone et ses succédanés, dont vous connaissez l'action sur le vague, sous forme de gouttes de belladone de 15 à 50 gouttes, soit sous forme de sulfate neutre d'atropine 1/4 à 1/2 milligramme par injection, soit sous forme des vieilles pilules de Trousseau, un centigramme d'extrait et un centigramme de poudre de belladone mélangés.

Je n'ai pas à vous rappeler les nombreuses préparations pharmaceutiques.

Le second médicament intéressant pouvant jouer un rôle important sur la crise est le Gardénal français ou Luminal allemand. C'est une malynolurée et d'une manière générale toutes les malynolurées paraissent avoir une action utile sur la crise d'asthme. N'employez pas de fortes doses, les comprimés de 5 et de 10 centigrammes ne donnent pas d'aussi bons résultats que les faibles doses répétées de 5 milligrammes, par exemple.

Ici encore, des associations se voient fréquemment, soit de belladone et de gardénal, soit d'aspirine et d'éphédrine. Rappelez-vous de vieilles formules : la teinture de Lobélia à 1/10, l'Euphorbia Piluphéra, la Grindélia robusta et le Québracho, ce sont des plantes très employées dans la campagne et qui donnent certainement des résultats.

Vous savez enfin combien certains malades restent attachés aux poudres, comme la poudre de Legras, et aux cigarettes de feuilles de Datura et de nitrate de potasse. D'autres ont un petit pulvérisateur à main et le Lancelot est le plus couramment employé à la moindre alerte d'asthme, ils se pulvérisent dans le nez des mélanges divers où tous les produits que je viens de vous énumérer peuvent être réunis. De cette méthode il conviendrait de rapprocher *les pulvérisations* et les *nébulisations*. Vous savez qu'il existe actuellement des détendeurs qui permettent de faire arriver un jet d'oxygène ou d'air comprimé dans des liquides et d'en projeter les particules contre des parois avec une telle violence que le produit se volatilise ou se nébulise soit dans un masque, soit même dans l'atmosphère d'une chambre. Il y a certainement là une méthode à retenir, mais qui n'est pas de pratique courante. J'en dirais autant de la méthode de Strom von Leuven qui conseillait aux asthmatiques le séjour dans des chambres à oxygène où la pression pouvait être réglée.

Je vous conseille de réserver les opiacés et les mélanges des médicaments que je viens de vous énumérer avec l'opium pour des cas où les autres médications ont échoué ou bien pour certains cas où l'angoisse serait extrême. Il faut en effet craindre parti-

culièrement en matière d'asthme l'action de l'opium et son accoutumance.

Voici pour la crise asthmatique proprement dite.

*
**

Voyons maintenant le *traitement du terrain*. Comme je vous l'ai dit, le traitement humoral est de beaucoup le plus important, la crise d'asthme étant d'ordre anaphylactique, il faut avant tout chercher à désensibiliser le malade. Quand vous avez trouvé la cause et la substance sensibilisatrice, c'est relativement simple, en tenant toutefois compte de ce que je vous ai signalé sur les dangers des désensibilisations spécifiques par injections sous-cutanées.

S'il s'agit d'un individu qui est sensible aux peptones de viandes ou aux peptones de poissons, essayez tout d'abord suivant la méthode de Pasteur Valléry-Radot, de donner un quart d'heure avant le repas, pendant quelques jours, un cachet de 50 centigrammes de peptone. L'injection intra-veineuse et l'injection sous-cutanée doivent être proscrites, mais vous pouvez essayer l'intra-dermo-réaction à la peptone, qui a donné à Pasteur Valléry-Radot et Blamoutier d'excellents résultats.

Je vous signale seulement qu'il y a une petite difficulté à faire l'intradermique, il faut utiliser de très fines aiguilles et elle donne parfois, fait important chez les femmes, de petites taches longtemps visibles. Enfin elle est douloureuse.

Si vous avez trouvé la cause, qu'il s'agisse de plumes d'oreiller, de poils de bêtes, de substances alimentaires, de lait, de chocolat ou qu'il s'agisse de poussières d'air, de produits chimiques, de poudres ou de médicaments, vous pouvez essayer d'employer pour désensibiliser votre malade un extrait très dilué de ces différentes substances en prenant les plus grandes précautions, comme je vous l'indiquais tout à l'heure à propos des pollens pour éviter les accidents et en employant de préférence les cuti-réactions.

S'il s'agit d'ingestion, ne faites ingérer à vos malades que des doses infinitésimales presque homéopathiques. Au reste, cette désensibilisation spécifique en matière d'asthme, comme je l'ai dit, et non seulement difficile mais encore elle ne donne que bien peu d'améliorations durables.

Lorsque vous n'avez pas découvert, et c'est presque la règle, la cause précise de l'asthme ou que vous vous trouvez devant un cas d'asthme intriqué, vous devez recourir à des méthodes de désensibilisation non spécifiques, qui presque toutes sont des thérapeutiques de chocs. Les procédés sont nombreux. Je vous ai dit pourquoi nous avons recours à l'autosérothérapie à laquelle les élèves de l'école Widal restent fidèles, non par principe, mais par expérience. La méthode aujourd'hui est très simple et bien réglée. Prise de sang dans la veine par le procédé de l'aiguille et dès que le sérum est séparé du caillot vous le faites mettre en ampoules stériles de un à deux centimètres cubes. Vous tâtez la susceptibilité du sujet en commençant par des injections intra-veineuses de 1/4, puis 1/2, puis un centimètre cube sans jamais dépasser cette dose et vous en faites 12 de suite, à raison d'une tous les deux jours. Si une injection détermine un choc un peu violent ou une crise d'asthme, vous faites une dose plus faible. On compte 70 % d'amélioration, dont 20 % de guérisons dans l'asthme alors que la même méthode, fait étrange et non expliqué, ne donne qu'un pourcentage infime de résultats dans l'urticaire.

Achard et Flandin ont préconisé l'autosérothérapie sous-cutanée, elle nous paraît moins efficace. L'autohémothérapie de Ravaut, qui donne des résultats remarquables dans les dermatoses de désensibilisation et particulièrement dans l'eczéma et qui consiste, vous le savez, à prendre 10 à 20 cmc de sang dans la veine pour l'inoculer dans les muscles, nous a donné un très faible rendement en matière d'asthme.

Le principe est toujours le même. Vacciner l'organisme par de petits chocs successifs contre la crise hémoclasique et l'asthme. Vous comprenez donc qu'on ait pu employer de nombreuses méthodes. Les plus connues sont les *injections intra-veineuses de bicarbonate et d'hyposulfite de soude*, moins courantes aujourd'hui, d'eau sulfureuse stérilisée d'Enghien ou d'Uriage, d'hyposulfite de magnésium à 11 %, de Jabosulfène à base de Jaborandi et de soude, de gluconate de calcium ou de chlorure de calcium. J'en passe et des meilleurs.

Je ne saurais cependant passer sous silence l'*Histamine*, nouvel astre paru récemment au firmament thérapeutique. Vous connaissez le principe, nous pourrons nous en expliquer plus amplement ensemble, étant donné le rôle important de l'histaminothérapie dans l'urticaire, l'asthme, la migraine et même les ulcères duodénaux !

Le principe vous le connaissez : une substance chimique existe normalement dans notre alimentation, dans nos intestins et dans nos tissus. La formule chimique est telle qu'une simple décarboxylation suffit à transformer cette substance avec laquelle nous vivons en bonne intelligence en *histamine* produit toxique. L'histamine à doses infinitésimales au 10/1000e est introduit dans l'organisme par ionisation, par intradermo ou par injection sous-cutanée détermine aussitôt une réaction urticarienne violente. La réaction dite de Pauly permet facilement, à l'aide d'un réactif sulfanilique (c'est la vieille réaction d'Ehrlich) de déceler dans les urines la présence d'histamine. Il était naturel qu'on attribuât un rôle à l'histamine, conduite par les vaisseaux ou les humeurs aux fibres nerveuses dans les accidents anaphylactiques. Il était plus naturel encore qu'on essayât par de petites doses de vacciner l'organisme contre cette sensibilisation ou idiosyncrasie à l'histamine. De là les essais de Delherm et Gajdos dans les algies, de Fiessinger et Gajdos dans l'urticaire, de Ramirez et Georges dans l'asthme.

On peut pratiquer l'histaminothérapie soit par ionisation, soit par injection de doses infinitésimales intradermiques ou sous-cutanées. De nombreux produits pharmaceutiques sont en vogue aujourd'hui, Histarclyl, Théramine, etc.

Le procédé est simple, 12 séances d'ionisation à raison de 3 par semaine ou une série de 12 injections intradermiques ou sous-cutanées d'histamine.

Si vous avez un appareil, assez facile à mettre en œuvre avec le courant électrique ordinaire, vous pou-

vez faire 12 séances d'ionisation à raison de 3 par semaine. Vous mettez au pôle positif un linge imbibé d'une solution d'histamine à 1 pour 500 et vous placez l'électrode positif à l'endroit du corps où vous voulez produire la réaction, mettant l'autre pôle sur une autre partie du corps (bras ou jambe du côté opposé, par exemple). Vous faites passer le courant pendant 4 minutes et vous verrez se développer avec une grande rapidité sur toute la surface où l'ionisation histaminique s'est produite un vaste placard d'urticaire. C'est la réaction classique de Lewis.

Vous pourrez également pratiquer une série d'injections de chlorydrate d'histamine au 1.000e. On emploie actuellement des doses progressives croissantes (0,01 γ à 5 γ). Si les injections sont bien supportées vous pouvez continuer ensuite la série à 10 γ.

Enfin, vous pouvez employer la méthode des intradermo-réactions qui paraît d'ailleurs plus indiquée dans les prurits locaux que dans l'asthme.

Les premières observations publiées sur l'action de l'histamine dans l'asthme ont été faites par Ramirez et Georges en 1924. Stahl et Masson, en 1932, constatent une amélioration manifeste chez 15 asthmatiques sur 16 observés.

Piquet, dans sa thèse de Strasbourg, rapporte 26 observations, l'attaque d'asthme serait arrêtée 10 fois sur 14 et l'asthme amélioré dans 8 cas sur 12.

Israël et Jacob observent des résultats heureux dans 12 cas sur 13. Dzsinich (de Budapest), en commençant par des doses faibles et en augmentant ensuite jusqu'au 10e de milligramme en injection intra-dermiques faites tous les deux jours, rapporte 10 guérisons sur 15 cas observés.

Plus récemment, Lambling rapporte une amélioration notable dans 4 cas sur 7. Je tiens à être précis parce que vous verrez rapporter cette statistique dans tous les journaux médicaux et dans les prospectus des produits histaminiques.

Nous n'avons jamais, pour notre part, observé de résultats aussi brillants. Il nous a semblé que l'action de l'histamine, au contraire de l'autosérothérapie, était moins appréciable dans l'asthme que dans l'urticaire. Nous étudions en ce moment une nouvelle méthode thérapeutique que serait plus rationnelle, en employant des produits chimiques anti-histaminiques.

Voici pour ces méthodes de désensibilisation, un mot qui est peut-être impropre, auquel mon ami Pasteur Valléry-Radot, avec raison, préfère celui de « modifications humorales ». C'est dans ces méthodes de désensibilisation générale que je rangerai volontiers la méthode thérapeutique employée par Cantonnet, qui emploie, vous le savez, des mélanges de peptones et de sels et qui semblent agir également comme une thérapeutique de choc. Nul doute que Cantonnet ait ainsi obtenu quelques résultats remarquables, mais j'ai vu trop de malades qui, après l'avoir essayé et même avoir été améliorés, n'avaient pu profiter d'une deuxième application du même traitement et étaient repris des mêmes crises pour vous la recommander plus qu'une autre. Sedillot, qui a lui aussi une méthode thérapeutique personnelle, tient compte du terrain endocrinien et hépatique. Au reste, en matière d'asthme faut-il avouer que beaucoup de méthodes thérapeutiques apportent des résultats passagers.

***

Je viens de vous parler de méthodes qui agissent sur le terrain humoral. Examinons maintenant la thérapeutique qui s'adresse au *terrain nerveux*. Ce n'est un secret pour aucun d'entre nous que vous le trouverez à la base de presque tous les asthmes.

Physiologiquement, dans la crise d'asthme c'est le vague (pneumogastrique) qui joue le rôle principal. Tinel, Santenoise et Garrelon l'ont démontré. A l'hypervatonie il était naturel d'opposer belladone et atropine. Etienne Bernard et surtout Daniélopolu ont montré que l'amphotonie était fréquente chez les asthmatiques, c'est-à-dire qu'ils sont alternativement vagotoniques ou sympathicotoniques. Les modalités de ces réactions nerveuses sont complexes. Nous avons vu des asthmatiques passer facilement d'un état à un autre.

Nous venons de voir des *excitants du sympathique*, adrénaline, évatimine, éphédrine donner des résultats merveilleux dans la crise.

Sans vous passer en revue les médications sympathicolytiques employées dans l'asthme, laissez-moi vous dire quelques mots des procédés modernes les plus connus. Deux sympathycolytiques de synthèse m'ont donné des résultats : c'est le « 883.F. » ou Prosympal, découvert par Fourneau et Bovet. Vous pouvez le prescrire à la dose de 2 à 5 cachets de 0,01 centigramme par jour, et le « 933.F. », des mêmes auteurs et aux mêmes doses. L'action sur les crises et sur l'insomnie sont indéniables. Je voudrais aussi dire un mot de la sympathicothérapie par touche nasale qui orne les pages de publicité des journaux à grand tirage

Bonnier qui, lui, n'a pas fait fortune, avait montré en 1911 qu'une excitation nasale était souvent à l'origine de l'asthme et qu'on pouvait obtenir des effets heureux en agissant sur les terminaisons trigennales et sympathiques de la muqueuse pituitaire. Halphen recommande encore aujourd'hui de toucher au liquide de Bonnin, Lévy et Baudoin à la novocaïne, le territoire du sympathique nasal.

Je vous avoue, pour ma part, avoir vu des crises d'asthme céder à une simple pointe de feu dans le nez et en avoir éprouvé quelque surprise. Je n'ai jamais vu de guérison définitive !

Au reste, l'acupuncture chinoise, vieille de 10 siècles avant Jésus-Christ et qui obtenait des résultats dans l'asthme, était-elle autre chose qu'une excitation d'un territoire sympathique pouvant exercer une action à distance sur une manifestation morbide née dans un autre territoire sympathique. Certains auteurs, pensant à une action utile sur le territoire bronchique, ont conseillé les injections intra-trachéales. C'est une méthode pénible pour le malade, mais qui a donné quelques résultats.

Méritant d'être rapprochée de ces méthodes, mais plus intéressante, est *la méthode de Leriche* qui, vous

le savez, a observé des guérisons intéressante d'asthme par novococaïnisation des ganglions cervicaux sympathiques et du ganglion étoilé.

Il faut, à mon avis, se méfier avant d'attribuer de la valeur à telle ou telle médication, des réactions psychiques des malades, Brissaud soutenait le rôle capital de l'état moral dans le déclanchement des crises. Nous avons, avec Bénard, démontré la réalité de l'asthme émotif. La psychothérapie, la psychanalyse et le torpillage de Vincent ne peuvent-ils de même que l'autosérothérapie faire naître un choc hémoclasique désensibilisant et curateur.

Le terrain endocrinien et hépatique me paraît plus intéressant à déceler et à combattre. C'est bien souvent à la *ménaupose, à la puberté* qu'apparaissent les premières crises. Bien souvent un traitement endocrinien a modifié les événements. Ne négligez pas ce facteur.

Widal, Abrami et de Gennes ont montré que chez une femme myxoédémateuse à métabolisme diminué, l'extrait thyroïdien ingéré régulièrement avait fait disparaître les crises d'asthme.

Widal et Abrami ont également publié le cas d'une asthmatique basedowienne guérie par l'application de rayons X sur le corps thyroïde. Nortier, Hajos, Putzel ont publié des cas analogues. J'ai vu, pour ma part, souvent *l'iode* sous forme de liqueur de Gram ou de *diiodotyrosine* améliorer l'asthme chez de petits hyperthyroïdiens méconnus.

Pensez-y donc, recherchez les petits signes : exophtalmie, tremblement, tachycardie, gonflement du cou, hyperésthésie cutanée au niveau du cou et si vous soupçonnez l'hyperthyroïde faites faire un métabolisme de base pour vous assurer de sa réalité. Si il existe, prescrivez le Lugol ou liqueur de Gram.

On a signalé la disparition de l'asthme après opération d'un fibrome ou ablation d'ovaires scléro-kystiques. N'employez pas de traitement endocrinien sans examen approfondi. Enfin, examinez le foie de vos asthmatiques et s'il est augmenté de volume pensez à une cure hépatique et à la révulsion sur le foie. Une de mes malades fait disparaître sa crise d'asthme par une simple application de sinapismes en ceinture sur la région du foie et la région lombaire.

Le terrain bronchitique et respiratoire sur lequel ont tant insisté Bezançon et Israël de Jong, qui accusaient cette épine irritative de localiser le réflexe asthmatique, manque souvent mais c'est votre devoir de le rechercher.

En Belgique, mon ami Haibe prétend que l'asthme bronchique est presque la règle. Il l'attribue au climat. Il trouve avec fréquence le streptocoque hémolytique et nul doute qu'il ait obtenu des résultats très heureux avec son vaccin antistreptococcique préparé au laboratoire de Namur. La fréquence des épines irritatives bronchiques explique aussi l'action bienfaisante et même curative des injections intratrachéales d'huile goménolée dans certaines variétés d'asthme.

Dans le Nord de la France, climat humide et froid, il en est peut-être de même, ce qui expliquerait les résultats favorables obtenus dans certains cas par les vaccins de Minet ou les ampho-vaccins de Ronchese. Il faut rapprocher de ces faits la tuberculinothérapie (chère aux homœopathes). Vous savez combien la tuberculose est rare dans l'étiologie de l'asthme. J'en dirais autant, question d'actualité, des cicatrices bronchiques ou pulmonaires causées par les gaz de combat.

La médication par les rayons X sur les poumons et surtout la rate a été préconisée par Schilling en 1906 et en 1928 par Pasteur Vallery-Radot, qui a publié une statistique personnelle avec 30 % de guérisons, 20 % d'améliorations et 45 % d'échecs. Il faisait faire par Gilbert des applications de rayons sur la rate et les poumons.

La pyrétothérapie a donné à Vallery-Radot et Mauric quelques résultats. On peut rapprocher ces faits de l'action suspensive sur l'asthme de certaines infections et de l'abcès de fixation.

Je finis par les cures thermales, dont on ne saurait nier les bons effets ? J'ai nommé surtout la cure du Mont Dore, la plus connue, et la plus efficace, et la cure de la Bourboule, parfois remarquable pour l'asthme infantile qui, d'ailleurs, ne l'oublions pas, guérit seul sans aucune intervention thérapeutique entre 8 et 12 ans.

Quand vous essayez une expérience thérapeutique nouvelle dans laquelle vous avez confiance, si elle paraît vous donner raison, recommencez-là 20 fois avant de conclure. Si elle vous donne tort, inutile de la recommencer.

Telles sont les méthodes variées que nous pouvons essayer dans le traitement de l'asthme. Nous ne sommes donc pas désarmés, mais pour être modestes, terminons donc en disant qu'il faut nous tenir aussi éloignés, pour chaque méthode nouvelle, des enthousiasmes trop prompts que des critiques trop sévères.

THÉRAPEUTIQUE

PLEURÉSIES AIGUES AVEC ÉPANCHEMENT JUGULÉES PAR L'OXYAMINOTHÉRAPIE

Le docteur Hervouet a rapporté récemment à la *Société médicale des Praticiens* (16 décembre 1938) deux cas de pleurésie aiguë avec épanchement traités par des injections sous-cutanées d'okamine cystéinée, tous les deux jours et des comprimés de cryogénine Lumière.

Dans les deux cas la pleurésie a évolué si rapidement que les malades ont pu faire leur première sortie quinze jours à peine après le début de la maladie. A ces deux cas M. Hervouet ajoute l'observation d'un homme de 38 ans, tuberculeux pulmonaire, présentant une péritonite tuberculeuse avec asc te importante et un état général extrêmement grave. Dans ce cas encore les injections d'okamine cystéinée ont amené une véritable transformation du malade qui a pu au bout de quinze jours reprendre ses occupations.

En conclusion, l'auteur ajoute : « Ces trois cas, si différent que soit le dernier des deux premiers, viennent affirmer la quasi-certitude de modifier l'évolution de la tuberculose presque dans tous les cas par l'oxyaminothérapie employée hardiment, d'autant plus qu'elle n'offre ni danger, ni contre-indication. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1939

Les médecins de Balzac. — M. TRILLAT. Se plaçant au point de vue de l'Histoire de la Médecine, M. A. Trillat présente une étude sur les médecins de Balzac et sur une « Histoire de la Rage » du père du romancier.

On sait que Balzac a mis en scène dans la « Comédie Humaine » un nombre considérable de médecins, chirurgiens, psychiatres, etc. Ils y donnent des consultations, font des opérations, émettent des théories. On peut constater par la lecture des romans balsaciens qu'ils connaissent à fond leur métier et que souvent ils ont été des précurseurs. La question se pose de savoir où Balzac, qui n'était pas médecin, avait acquis ces notions médicales qui lui permirent de mettre ses médecins en scène ? Ce fut par ses fréquentations médicales, mais surtout grâce à une ambiance familiale qu'il les acquit.

Le père du romancier, Bernard-François Balzac, administrateur d'hôpital, était un sociologue distingué. Il publia des ouvrages d'hygiène sociale et fit paraître en 1810 une « Histoire de la Rage » dans laquelle l'auteur décrit son origine, ses manifestations et les moyens de la guérir par la cautérisation. M. A. Trillat analyse cet ouvrage et fait observer que Bernard Balzac fut le premier à proposer un impôt général sur les chiens dont le nombre lui paraissait excessif.

Complexe primaire ganglio-pulmonaire du singe après instillation nasale de bacilles de Koch sous anesthésie générale. — M. Jean TROISIER et Mlle SIFFERLEN communiquent à l'Académie le résultat de leurs expériences sur l'infection tuberculeuse aérogène expérimentale du singe obtenue après anesthésie générale, par la simple instillation nasale de faibles doses de culture.

Grâce à la technique, les auteurs ont pu démontrer l'arrivée immédiate des bacilles instillés dans une narine jusqu'aux alvéoles pulmonaires. Au bout de 3 minutes, les bacilles acido-résistants étaient décelables dans les cavités alvéolaires. Au bout de 5 minutes, les monocytes alvéolaires phagocytaient déjà les bacilles tuberculeux. Ce n'est qu'ultérieurement qu'apparaissent les polynucléaires.

Sur les animaux ainsi infectés, les auteurs ont pu déceler au bout d'un ou deux mois un complexe primaire ganglio-pulmonaire absolument identique à celui des jeunes enfants. Ce complexe siégeait, en général, au niveau des lobes inférieur et moyen du même côté que la narine instillée. Les lésions pulmonaires ne dépassaient pas le volume d'un pois et, en général, étaient uniques, s'accompagnant d'une adénopathie caséeuse considérable des ganglions trachéo-bronchiques correspondants.

Sacrifiés à cette période, les singes ne présentaient pas de signes macroscopiques de dissémination tuberculeuse ; néanmoins, l'inoculation des viscères, en apparence sains, conférait une tuberculisation au cobaye injecté du fait d'une bacillémie contemporaine de la primo-infection.

Il y a donc lieu de souligner, en clinique humaine, le rôle nosogène possible du sommeil dans le déterminisme et l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Le traitement des grandes hémorragies dans la zone des armées. — MM. MAISONNET et BARTHÉLEMY.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1938

Prémunition parentérale par le BCG d'un adulte anergique. — M. WEILL-HALLÉ (à propos de la communication de MM. Troisier, Bariety et Nicot). L'auteur rappelle sa technique courante dans divers centres : maternités, dispensaires, écoles de puériculture, etc., où il propage avec succès la vaccination sous-cutanée. La dose usuelle est de 1/20e de milligramme, en deux injections axillaires, pratiquées simultanément. Il ajoute que cette vaccination systématique est le meilleur moyen de lutte contre la tuberculose, et en particulier le seul capable de faire disparaître la méningite tub. du premier âge.

Exploration du système vago-sympathique par la mesure comparative des indice oscillo-métriques des artères radiale et tibiale. — M. CONSTANTIN (Biarritz). — La représentation graphique des courbes oscillométriques de la radiale et de la tibiale permet d'apprécier la valeur du système vago-sympathique. Chez les sympathicotoniques les courbes sont rapprochées. Cette épreuve peut constituer un test diagnostique, pronostique et thérapeutique pour l'exploration du système neuro-végétatif.

Néphrose lipoïdique guérie au cours de l'évolution d'une rougeole. — MM. DEBRÉ, MARIE, SERINGUE et GRENET insistent sur la réalité de la névrose lipoïdique d'Epstein chez l'enfant et à l'aide des 18 cas conus ils analysent les conditions de la guérison. Ils signalent la fréquence des rechutes dans l'année qui suit la rougeole et concluent à l'urgence d'un traitement thyroïdien prolongé pour éviter la réapparition du trouble métabolique qui est à la base de la néphrose lipoïdique.

Fièvre rémittente sudoro-algique-association-mélito-paraparatyphique. — M. BOIDIN, Mlle ARMELIN et M. ROUX. Observation d'infection mixte mélito-paratyphique ayant évoluée sous le type d'une fière sudoro-algique pendant plus de 20 mois. Pendant les premiers accès, l'hémoculture permet d'isoler un paratyphique B, très virulent pour l'animal, agglutiné à 1 p. 1.000 par les sérums expérimentaux. Le séro-diagnostic à **B. abortus suis** fut positif à 1 % considéré comme suffisant. Les auteurs admettent une double infection et pensent que la présence du paratyphique B a pu négativer ou atténuer les réactions biologiques habituelles à l'infection mélitococcique isolée.

Méningite aiguë à bacille du groupe typhique. — MM. DEROT et MASCHAS. Cas de méningite aiguë mortelle où l'examen du liquide céphalo-rachidien complété par l'hémoculture a permis d'isoler un bacille du groupe typhique proche du paratyphique A. Malgré la constatation de signes hépato-néphritiques discrets, la recherche d'une spirochétose ictérique associée a été négative.

Syndrome d'encéphalite chronique à prédominance lenticulaire au cours d'une cirrhose hépato-splénique ictérigène. — MM. GUHLAIN, FIESSINGER, MOLLARET et DELAY. Malade atteinte d'une splénomégalie compliquée d'hépatite chronique ictérigène chez laquelle se constitua un syndrome striée caractérisé par une dysarthrie lenticulaire, un tremblement intentionnel et des troubles psychiques portant sur l'intelligence et le caractère. Ce cas pose le problème des affections hépato-spléniques et de leur rôle dans le déterminisme de certaines affections striées; il rappelle les formes abdominales de la maladie de Wilson.

Ramollissement cérébelleux pseudo-tumoral. — MM. GERMAIN et MORVAN.

Anoréxie mentale à forme grave. Nécessité vitale de la cure d'alimentation. — MM. MOLLARET et PÉRON. Fillette de 9 ans atteinte d'anorexie mentale et réalisant le tableau

d'une cachexie profonde, guérie par isolement et réalimentation par gavage. La gravité de la situation fut liée à un traitement endocrinien (surréno-hypophysaire) qui a retardé la mise en œuvre du traitement approprié. Il faut se garder de méconnaître au point de vue clinique les formes plus ou moins masquées de l'anorexie mentale.

Fièvre biliaire hémoglobinurique observée en France, révélatrice d'un paludisme à « Falciparum ». Ankylostomiase. — M. LAFFERRE.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCES DES 2 ET 9 DÉCEMBRE 1938

Livedo annularis et crises de cyanose cutanée a frigore chez un sujet atteint de maladie hémolytique avec grande auto-agglutination des hématies. — MM. SÉZARY, KIPFER et GHARIB.

Polynévrite chez un diabétique. — MM. VILLARET, JUSTIN-BESANÇON et KLOTZ. — Cas de polynévrite observé chez un diabétique tuberculeux en dehors de toute étiologie alcoolique. Le traitement par la vitamine B_1 intra-veineuse a pu amener la régression des troubles cliniques et électriques.

Maladie de Basedow compliquant un infantilisme myxœdémateux. — MM. LAUBRY, LENÈGRE et P.-MARIE.

Hépato-néphrite aiguë mortelle chez un cirrhotique-Sero-diagnoctic positif pour le spirochète d'Inada et Ido. — MM. RATHERY, DEROT, FERROIR et MASCHAS. L'observation comporte: 1° une étude humorale contenant les constatations suivantes: hyperazotémie légère, faible élévation de l'azote résiduel, créatinine normale, hypochlorémie, glycémie libre et protidique élevées, hypocholestérolémie, réserve alcaline normale et hyperglobulinémie considérable — 2 % séro-diagnostie positif pour le spirochète d'Inada et Ido.

Infection gonococcique à foyers multiples: Ingestion de p-aminophényl-sulfamide. — MM. CAIN, COTTAN et ARNOUS. Homme atteint de gonococcie grave avec ophtalmie et arthrite des genoux. La médication sulfamidée par voie buccale fut sans action. Les arthrites guérirent après injections intra-articulaires d'une solution à 25 pour 100 de 1102 F.

Intoxication de l'équipage d'un navire français par le tri-orthophosphate de crésyl. — M. DEBRÉ. — Observations relatant l'odyssée d'un navire français parti de Rotterdam pour l'Afrique du Sud avec un équipage de 34 hommes qui présentèrent presque tous des phénomènes paralytiques atteignant les muscles antéro-externes de la jambe, puis ceux des cuisses et, enfin, ceux des membres supérieurs. Une enquête minutieuse, facilitée par l'apparition à Durban, d'une pseudo-épidémie de cas semblables permit de rattacher l'origine des troubles à la présence de tri-orthophosphate de crésyl dans l'huile alimentaire consommée par l'équipage.

Polynévrite des membres inférieurs apparue au cours d'une paratyphoïde B. — MM. LOUBEYRE, TILLIER et FOISSIN (Alger). Malade atteint de polynévrite des membres inférieurs apparue pendant la convalescence d'une paratyphoïde, chez lequel survint une cortico-pleurite avec hémoptysies: celles-ci furent attribuées à une amibiase méconnue. Le traitement émétinien amena non seulement la rétrocession, mais aussi la guérison rapide de la polynévrite jusque-là rebelle.

Un cas de cysticercose musculaire généralisée décelée par la radiographie. — MM. BRETON et LAVIER.

Observations de paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial à la suite d'un pneumothorax thérapeutique. — MM. ALAJOUANINE, HUMBERT, RAY et BRISSAUD. — Après la cessation chez 3 malades des insufflations d'un pneumothorax thérapeutique : apparition de douleurs brachiales du même côté, d'une paralysie radiculaire inférieu e du plexus brachial avec amyotrophie, hypoesthésie, réaction de dégénérescence partielle, les malades présentent une anomalie de la 7e cervicale. Les auteurs insistent sur le rôle joué par le déséquilibre thoracique dans la souffrance des nerfs cervicaux en contact avec un dôme pleural modifié dans sa statique et comprimé par une formation osseuse préexistante.

Ulcère du duodénum dans la première enfance. — M. CATHALA. — Enfant de 15 mois atteint d'hémorragies digestives récidivantes par les selles et parfois par les vomissements : Conservation de l'état général et radiographies montrant une image diverticulaire du duodénum, cessation du syndrome par le traitement antispasmodique ; réapparition des phénomènes après interruption du traitement.

Etude comparée de la calcémie et de la calciurée. — MM. DECOURT, GUILLAUMIN, LENORMAND et GUILLEMIN. — Parmi les symptômes qui conditionnent l'hypocalcie, on doit distinguer les cas qui relèvent d'un défaut d'absorption intestinale du calcium et ceux qui sont liés à un défaut d'assimilation par insuffisance du facteur D. — à mentionner que l'on peut également dépister l'existence d'une hyperplasie réactionnelle des para-thyroïdes intervenant en pareil cas.

Les formes prolongées et les séquelles de l'acrodynie infantile. — MM. R. CLÉMENT et STOOPEN. — Sur 33 cas observés presque la moitié des malades ont présenté une évolution prolongée pendant plus d'un an ; chez quelques-uns, la maladie a persisté pendant plus de 2 ans. Après guérison, on observe souvent de la tachycardie, de l'hypertension artérielle, des troubles vaso-moteurs, des troubles psychiques. Certains de ces troubles observés chez l'adulte ont peut-être l'acrodynie pour origine.

Etude anatomo-chimique d'un cas d'atrophie cérébelleuse corticale progressive. — MM. GUILLAIN, Ivan BERTRAND, Mlle Jacqueline GUILLAIN. — Cas d'un malade ayant présenté un grand syndrome cérébelleux de déséquilibration sans symptômes associés pyramidaux ou extra-pyramidaux : affections ayant duré 20 ans. A l'examen anatomique : lésions cérébelleuses corticales et olivaires : les corticales caractérisées par la disparition des cellules de Purkinje ; les olivaires portent sur les deux parolives — ce cas se rapproche des cas d'atrophie cérébelleuse tardive de Marie et Alajouanine, mais en diffère par l'absence de parallélisme entre les lésions corticales et les lésions olivaires.

Panartérite noueuse apyrétique à évolution lente et récidivante. — MM. KOURILSKY, GARCIN, BERTRAND et Hermann HINGLAIS. — Homme de 39 ans, qui, à 6 ans d'intervalle a été atteint de 2 poussées différentes de panartérite noueuse (maladie de Kussmaul-Maier). Chaque poussée a duré 17 mois ; elle se traduisait par une éruption sur les membres inférieurs, d'éléments inflammatoires indurés, semblant des placards de périphlébite. Il s'agissait de nodules dermo-hypodermiques, ayant l'aspect d'une dermatomyosite, caractéristique de la maladie de Kussmaul.

L'existence de troubles nerveux coïncidant avec des phénomènes éruptifs fit porter le diagnostic de péri-artérite noueuse. Seule, l'institution d'une protéinothérapie non spécifique amena une atténuation remarquable des lésions cutanées.

Sur deux formes pseudo-tumorales de l'hypertension artérielle. — MM. RISER et PLANQUES (Toulouse). — Deux observatons différentes d'hypertension artérielle compliquée, caractérisées par des poussées d'hypertension cranienne.

Il semble bien résulter de ces faits que l'hypertension artérielle simple solitaire, n'engendre pas l'hypertension cranienne. Celle-ci est due, soit à des facteurs en rapport avec l'hypertension artérielle, locaux par développement d'une lésion encéphalique variable, ou mécaniques passifs par hypertension veineuse en rapport avec une hyposystolie, ou toxiques en rapport avec une insuffisance hépato-rénale. En fait, l'hypertension cranienne chez un hypertendu est un signe de malignité.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1938

Leucémie myélogène sans splénomégalie. — MM. P.-Em. WEIL, ISCH-WALL et PERLÈS. Femme de 43 ans, présentant une fatigue anormale et chez laquelle l'examen du sang démontra une anémie hyperchrome, avec un tableau typique de leucémie myelogène. A la ponction sternale on constate une végétation cellulaire intense ; la rate participait à la transformation myeloïde. Le foie lui-même était atteint. Les auteurs attirent l'attention sur l'importance et la fréquence de la leucémie myelogène sans splénomégatie, l'examen hématologique permettant seul de la reconnaître.

Le syndrome hyperhydropexique. — M. PARHON (Bucarest) démontre qu'il a pu édifier le syndrome sur des observations personnelles. Pour lui, l'augmentation de poids serait le symptôme caractéristique et nécessaire de l'hydropexie. **Un nouveau cas de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann-Bolzinger-Grupper et Parrot** : présentation d'une observation.

Anorexie mentale chez les enfants. — M. COMBY. L'auteur insiste sur ce fait que le refus de nourriture par manque d'appétit, constituant une névrose proche de la vésanie, est plus fréquente chez les filles. Il ne s'agit pas de cachexie hypophysaire, comme le démontre l'échec de l'opothérapie. Pour obtenir la guérison, l'auteur préconise trois moyens : l'isolement, la persuasion, la réalimentation. M. de Massary, à l'appui de cette communication, affirme que l'anorexie mentale est bien une psychose.

Myélome multiple. — WEISSENBACH, RAVINA et LIÈVRE. Observation de myélome multiple confirmé par la ponction sternale. Pendant longtemps, comme seuls symptômes : déficience de l'état général et albuminurie. Ce n'est que tardivement que les fractures, l'apparition de lacunes radiologiques, l'albuminurie massive, permettent d'affirmer le diagnostic de myélome. Le myélogramme confirma cette conception.

Myélomatose décalcifiante diffuse. — MM. WEISSENBACH et LIÈVRE. Dans ce cas, à la différence du myélome multiple, il n'y a ni foyers radiologiques lacunaires, ni tumeur, le diagnostic devant être établi d'après l'étude du myélogramme et des humeurs. Une biopsie permit de retrouver les cellules myélomateuses et de les comparer sur des étalements et sur des coupes histologiques. Cette affection prend dès lors place parmi les causes de décalcification diffuse et de ramollissement du squelette.

Diagnostic de la chorio-méningite lymphocytaire par la déviation du complément. — MM. MOLLARET, LÉPINE et SAUTTER. Le sérum sanguin des animaux et des sujets humains inoculés avec le virus murin de la chorio-méningite lymphocytaire, présente une déviation du complément positive. L'antigène est fourni par le poumon hépatisé de cobaye inoculé avec le même virus et sacrifié à l'agonie. Chez l'homme, 16 sujets sur 16 donnèrent une réaction positive. Tous les témoins humains, au nombre de 64, donnèrent des résultats négatifs. Beaucoup de sujets ayant présenté une méningite lymphocytaire bénigne donnèrent une réaction positive.

Polydypsie signe révélateur d'une néphropathie complexe chez un enfant de 13 ans. — MM. MARQUEZY, LAUNAY et Mlle MAGE.

Un cas de purpura imputable à l'allylisopropylacétyl carbamide. — M. LANGLE.

Tachycardie sinusale permanente à haute fréquence sans troubles fonctionnels. — MM. CODVELLE et BOUCHER.

Dilatation géante de l'oreillette gauche. — MM. CODVELLE, CHAUVET et JAMMES. Malade se plaignant d'une cardiopathie. En l'espèce, il s'agit d'une dilatation géante de l'oreillette gauche, survenue au cours d'une maladie mitrale avec tachyarythmie complexe par fibrillation. Un foyer de battements systoliques en dehors du mamelon droit, joints à un gros souffle systolique mitral, ont permis le diagnostic clinique, confirmé par les examens radiologiques qui démontrent que l'oreillette gauche déborde le bord droit du cœur en refoulant l'œsophage en arrière.

Cinq cas de dysostose cleido-cranienne. — MM. DEBRÉ, LAMY et SÉE insistent sur l'absence de symphyse pubienne, sur la constance des altérations dentaires et rachidiennes à type de spina bifida occulta et sur la fréquence des malformations osseuses dissociées, telles que hypertélorisme, lésions des dernières phalanges unguéales, agénésie de l'apophyse coracoïde, os hyoïde bipartite. Il est certain qu'il s'agit d'une maladie du génotype. Cette hypothèse permettant seule d'expliquer le caractère héréditaire de la dysostose.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1936

Hépatonéphrite suraiguë à la suite d'injection intra-veineuse de vaccin anti-chancrelleux. — M. CODOUSICO (Athènes). Observation d'un cas d'hépato-néphrite suraiguë survenue après une injection intra-veineuse de vaccin anti-chancrelleux. Dans ce cas, ni le syndrome hépatique, ni le syndrome hémorrhagique, ni le syndrome nerveux, ni le syndrome rénal ne manquèrent.

Cette observation est intéressante : 1° parce qu'elle paraît bien être la première observée ; 2° parce que, en dehors des questions cliniques et biologiques, elle soulève le problème du traitement du chancre mou.

Leucose aiguë hémorrhagique et injection. — MM. OLMER et VAGUE (de Marseille).

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1938

Enorme naevus pigmentaire et variqueux. — Mlle V. HEIMANN. Présentation de malade.

Lipodystrophie chez les enfants. — MM. NOBÉCOURT et P. DUCAS présentent deux malades diabétiques atteints de lipodystrophie consécutive à des injections répétées d'insuline. Dans un cas, la lipodystrophie prend le type lipomateux, dans l'autre scléroatrophique.

Ces réactions particulières du tissu adipeux à l'action répétée de l'insuline sont assez rares dans l'ensemble. Leur mécanisme reste inconnu et leur apparition ne tient ni à la répétition du traumatisme local ni à l'action lipolytique des corps qui servent à la stérilisation de l'insuline. La concentration de celle-ci n'est pas en cause. Elles ont comme intérêt de montrer la nécessité de faire les injections le plus possible à des endroits différents.

Résultat du traitement du diabète infantile par l'insuline-protamine-zinc. — MM. NOBÉCOURT. DUCAS et Mme LAROCHE exposent les résultats qu'ils ont obtenus chez 8 enfants diabétiques par l'endopancrine-protamine-zinc : réduction du nombre des injections, amélioration de la glycé-

mie à jeun, meilleure utilisation des hydrates de carbone. Ils font quelques réserves sur le gain en unités annoncé par les auteurs étrangers qui se sont occupés de cette question. Ils montrent les difficultés rencontrées au début de l'application de la méthode qui demande une surveillance attentive, mais qui est malgré cela un progrès très net sur les anciennes insulines.

Fièvre typhoïde grave et atypique compliquée de polynévrite. — MM. Weill-Hallé, Boris Klotz et Mlle F. Lautmann rapportent l'observation d'une fillette atteinte de fièvre typhoïde atypique en ce qui concerne les réactions biologiques : l'hémoculture était positive à la 6e semaine ; le séro-diagnostic ne devient positif qu'à la 9e semaine.

L'évolution fut très grave, compliquée de broncho-pneumonie d'altération extrême de l'état général, de polynévrite des membres inférieurs.

La guérison fut cependant complète. Il ne persiste aujourd'hui que de très discrètes séquelles que seul l'examen électrique arrive à objectiser. Cette fièvre typhoïde fut enfin la source de contamination de l'infirmière soignante qui fit une dothienentérie également atypique dans ses réactions biologiques et compliquée d'arthrite purulente d'un genou.

Pleurésie post-morbilleuse. — Mme Shelton-Arnoldson rapporte deux cas de pleurésie bilatérale post-morbilleuse et insiste sur les caractères qui permettent le diagnostic différentiel avec la tuberculose.

Ictère grave. — M. Arondel rapporte l'histoire du quatrième enfant d'une famille dont les trois aînés étaient morts d'ictère grave familial. Cet enfant était dès la naissance atteint d'ictère, mais les examens de sang ne permirent pas de constater d'érythroblastose. Malgré un état alarmant, les transfusions de sang maternel et les injections d'extrait hépatique amenèrent la guérison.

Ictère grave familial. — Mme J. H. Montlaur et M. Pierre-Paul Lévy rapportent l'histoire d'une jeune femme sans syphilis, sans anomalies sanguines, qui met au monde une 5e enfant bien constituée qui meurt cependant au 4e jour d'un ictère grave familial.

Seule de toute la famille, l'aînée âgée de 7 ans est vivante. Le 2e enfant est mort ictérique à l'âge de 4 jours. La 3e grossesse aboutit à un avortement de 2 mois. Pendant sa 5e grossesse la mère a reçu par injections et ingestions extrait hépathique et vitamine C. Le nouveau-né, fillette de 3 kilogs, était jaune dès sa naissance. Depuis ce moment jusqu'au dernier jour on injecte dans le péritoine, sous la peau et dans les muscles, une quantité totale de 150 cc. de sang humain.

9 examens de sang ont été pratiqués, le premier 30 minutes après la naissance, le dernier quelques heures avant la mort : anémie modérée (3 à 4.300.000 G.R.) avec aniscytose. Aucun signe d'anarchie cellulaire ni des G.R. ni des G.B.

Quant à l'érythroblastose, elle fut faible avec maximum d'intensité (1700 par mm.) quelques heures après la naissance, diminution rapide et disparition au début du 3e jour.

La veille de la mort s'est développée une anasarque généralisée sans anurie et presque sans oligurie. La température ne s'est élevée que tout à fait à la dernière période.

Les auteurs insistent à nouveau sur le caractère vraiment secondaire de l'érythroblastose dans l'ictère grave familial du nouveau-né.

Une épidémie scolaire de tuberculose. — MM. Esbach, Potbeau et Gauchery ont observé dans une même classe une éclosion de cas de tuberculose consécutifs à la présence d'une enfant atteinte de tuberculose ouverte.

A propos de l'asthme succédant à l'eczéma chez l'enfant. Dolicholon avec arrêt de développement chez un enfant de 3 ans et demi. — M. Maynadier (de Limoges).

Dolichosténomélie (Syndrome de Marfan). — MM. Paul Giraud, Jayle et Mockers (de Marseille) rapportent un cas typique de syndrome de Marfan chez une enfant de 9 mois : gracilité des membres et allongement des mains et des pieds avec souffle cardiaque dépendant d'un état boursouflé des valves des orifices auriculo-ventriculaires sans perforation de la cloison interventriculaire, ni sténose de l'artère pulmonaire, ni persistance du trou de Botal, canal artériel oblitéré et luxation des cristallins avec iris flottant et mégalocornée. Une bronchopneumonie à foyers disséminés emporta la malade en un mois.

Les limites de la maladie pylorique. — M. Boucomont (de Montpellier).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 11 *janvier*. — Jury : MM. Baudouin, Lemaître, Grégoire, Quenu. — M. Holleville. Troubles trophiques apparaissant après la réduction des luxations congénitales de la hanche.

Jeudi 12 *janvier*. — Jury : MM. Claude, Jeannin, Lantuéjoul, Vaudescal. — M. Magois. Traitement du prolepsus génital par l'opération de Halban (Etude critique et comparée).

Mercredi 18 *janvier*. — Jury : 1) MM. Gosset, Grégoire, de Gaudart d'Allaines, Heitz-Boyer. — M. Dehan Bechara. Les indications préopératoires de la transfusion sanguine. — 2) MM. Clerc, Loeper, Troisier, Donzelot. — MM. Marsaudon. Contribution à l'étude de la gynécomastie. — Leclerc. Contribution à l'étude de la paralysie du nerf phrénique dans son utilisation thérapeutique contre la tuberculose pulmonaire.

Jeudi 19 *janvier*. — Jury : MM. Tiffeneau, Gougerot, Laignel-Lavastine, Dognon. — MM. Le Rasle. La chimiothérapie des pleurésies purulentes à streptocoques par les dérivés sulfamidés. — Dupont. L'auriculaire infantile. Ses rapports avec l'hérédo-syphilis. — Lemaire. La diathermo-coagulation monopolaire en petite chirurgie ano-rectale. — Bardon. Ondes électromagnétiques en médecine. La d'Arsonvalisation. — Doranlo. La médecine au XVIIe siècle. Martin Oureau de La Chambre, médecin et philosophe.

Vendredi 20 *janvier*. — Jury : MM. Mathieu, Ombrédanne, Leveuf, Quénu. — M. Rudnansky. Contribution à l'étude des ostéomyélites primitives des os longs chez l'adulte; formes aiguës et chroniques d'emblées.

Samedi 21 *janvier*. — Jury : MM. Jeannin, Lemaître, Lenormant, Nobécourt. — MM. Lenoir Malo. La voie xiphoïdienne dans le traitement des péricardites purulentes. — Jay. Contribution à l'étude des accidents dentaires consécutifs aux malpositions de la dent de sagesse. — Ewseroff. Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par l'abcès de fixation. — Mme Dubarry-Bonjean. Contribution à l'étude des urétéro-hydronéphroses congénitales du nourrisson.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.


EPHASMA
REPOUSSE
LA CRISE
EPHEDRINE NATURELLE
IODURE · CAFEINE
EUPHORBE, LOBÉLIE, BELLADONE, BENZOATE DE SOUDE
COMPRIMÉS
2 à 3
PAR JOUR
SIROP :
2 à 3 CUILLERÉES A DESSERT
PAR JOUR


céréOssine
fixe le Calcium
LABORATOIRES DEHAUSSY
50-52 RUE NATIONALE - LILLE

N° 15. — MERCREDI 22 FÉVRIER 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

Xe ANNIVERSAIRE DE LA MORT DE SICARD.
L'œuvre du professeur Sicard, par M. le professeur Henri ROGER, de Marseille.

CHRONIQUE.
Les voix latines : une conférence de M. Cathelin.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences. — Académie de chirurgie.

LIVRES NOUVEAUX.

NOTES POUR L'INTERNAT.
Diagnostic des tumeurs de la parotide, par M. Jacques REIGNER.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat* (oral).

Séance du 15 février 1939 : Mlle Laure Dubois, 18 1/2 ; MM. Albert (André), 19 ; Ciaudo, 24 ; Msélati, 13 ; Stépanoff, 12 ; Cachin (Yves), 15 1/2 ; Scebat, 24 ; Dufresne (Pierre), 14 ; Albou, 23.

Questions : Formes cliniques des urémies nerveuses. — Signes, diagnostic et traitement des abcès aigus du sein.

Séance du vendredi 17 février : M. Danset, 16 ; Mlles Denître, 18 ; Fillon, 25 ; M. Ternier, 19 ; Mlles Heulot-Weill, 25 ; Moreau, 22 ; MM. Lecointe, 24 ; Guichard, 13 ; Kreisler, 22.

Questions : Complications cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde. — Complications des kystes de l'ovaire.

Séance du samedi 18 février : MM. Blanchon, 23 ; Capron, 21 ; Bergeron, 13 ; Chartrain, 20 ; Nataf, 12 ; Xambeu, 22 ; Parsy, 17 ; Verliac, 22 ; Dupont (V.), 17.

Questions : Diagnostic des hémorragies intestinales. — Signes, diagnostic et traitement des fractures du col chirurgical de l'humérus.

Hôpital Saint-Michel. — Un *concours pour l'internat du service de gastro-entérologie* (MM. Delort et Renaudeaux) va s'ouvrir. Inscriptions et renseignements du 10 au 20 mars 1939, à l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris.

Faculté de Médecine de Paris. — *Un concours pour deux places de prosecteur* s'ouvrira le mercredi 19 avril 1939 à midi à la Faculté de Médecine de Paris. Dépôt des pièces anatomiques au plus tard le 14 avril. Inscription jusqu'au mardi 28 mars inclusivement.

— *Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie* s'ouvrira le mardi 18 avril 1939 à midi, à la Faculté de Médecine. Dépôt des pièces anatomiques le 14 avril au plus tard.

Inscription jusqu'au lundi 27 mars inclusivement.

— *Travaux pratiques d'anatomie* : la série supplémentaire de travaux pratiques aura lieu à une date qui sera fixée ultérieurement.

Faculté de Médecine d'Alger. — Par décret, la chaire de thérapeutique prend désormais le titre de « chaire de clinique thérapeutique médicale ».

Faculté de Médecine de Lyon. — Le doyen de la Faculté mixte de Lyon est autorisé à accepter le legs de 100.000 francs fait par Mlle Marie Tournier pour que les revenus en soient affectés à la création d'un « Prix du Docteur Tournier », à décerner chaque année en juillet à un étudiant en médecine peu fortuné, originaire de la région du Jura, de l'Ain ou du Rhône, très méritant et par sa bonne conduite et par son assiduité au travail.

École de Médecine d'Angers. — M. Rouessé, chef des travaux de bactériologie, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie.

Le titre de professeur honoraire est conféré au docteur Paul Papin, professeur d'histologie, retraité.

École de Médecine de Limoges. — M. Wagner est institué professeur suppléant de pharmacie et matière médicale.

École de Médecine de Nantes. — M. Robert Bureau, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Lerat.

École de Médecine de Rennes. — M. Bourdinière, professeur de pathologie générale, est chargé du cours d'hygiène en remplacement de M. Le Guyon.

La Maison du Médecin. — Offrir à des confrères âgés un repos agréable et digne d'eux a toujours été la préoccupation de ceux qui ont dirigé la *Maison du Médecin*. Continuant l'effort de Courtault, P. Reynier, Schwartz, Cazin, Lucien Nass et Dupuy de Frenelle, les dirigeants actuels : M. le professeur Cunéo et M. Raphaël Massart, adressent un appel à tous les confrères.

Les deux fondations actuelles, le château des Charmilles, à Valenton (S.-et-O.) et la résidence de la Badine, à Antibes, connaissent un succès qui laisse prévoir la nécessité de nouveaux développements.

Que ceux des confrères que la fortune a favorisés et qui n'ont pas d'héritiers songent à faire de la Maison du Médecin leur héritière naturelle. Il n'existe pas d'œuvre confraternelle plus digne d'intérêt.

(Siège social, 51, rue de Clichy, Paris-IXe).

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE SUR LE RÔLE DES LATINS ET DES MÉDECINS DANS LA DÉCOUVERTE DE L'AMÉRIQUE

par M. F. Cathelin,
chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie.

Le 2 février 1939, dans le grand amphithéâtre de l'Institut océanographique, sous les auspices de l'UMFIA ou Union Médicale latine, et sous la haute présidence de S. Exc. M. de Souza-Dantas, ambassadeur du Brésil, M. F. M. F. Cathelin a parlé du *rôle des latins et des mèdecins dans la dècouverte de l'Amèrique.*

S. Exc. M. de Souza-Dantas donne la parole au docteur Dartigues, président-fondateur. puis au docteur Bandelac de Pariente, vice-président fondateur de l'UMFIA, qui présentent l'orateur.

Après quelques mots à l'adresse de S. Exc. l'Ambassadeur du Brésil et des fondateurs de l'UMFIA, les docteurs Dartigues, Bandelac de Pariente et Gaullieur l'Hardy. M. Cathelin entre dans le vif de son sujet en exaltant le rôle des races latines dans les grandes découvertes maritimes des XVe et XVIe siècles. Il l'oppose à la carence actuelle des mêmes races pour les régions polaires et croit en trouver la cause, tout au moins, pour la France, dans ce qu'il appelle l'attirance africaine où nous nous sommes couverts de gloire.

Il étudie d'abord chronologiquement les quatre découvertes de l'Amérique du Nord pendant la première moitié du second millénaire par les Vikings deux fois, puis par les Portugais et les Basques, mais sans que ces peuples aient pu faire fructifier leurs trouvailles ; il raconte la découverté de l'Amérique du Sud par le Français Cousin, de Dieppe, par les Portugais avec Alvarez Cabral et signale le rôle de Vespucci ; enfin, il arrive à la dernière découverte celle de l'Amérique centrale en 1492 par Colomb qui a déclanché le grand mouvement de colonisation et d'émigration.

En passant, M. Cathelin raconte la découverte de Cuba d'où Colomb rapporta le tabac et où, trois cent soixante-huit ans plus tard devait naître, à Sagua la Grande, son maître vénéré, M. le professeur Joaquin Albarran, peut-être, dit-il, le plus grand chirurgien, des temps modernes.

Après avoir dégagé la personnalité de Colomb qui ne fut ni un savant, ni un aventurier, l'orateur montre le rôle considérable joué par les médecins pendant les dix-huit années où Colomb réfléchit à son projet.

M. Cathelin divise ces dix-huit années en trois périodes. Dans chacune d'elles, on trouve un médecin qui soutient dans ses idées l'absent, dont personne ne voulait alors reconnaître la valeur, et c'est d'abord Paolo Toscanelli qui lui donne un plan avec la marche à suivre en lui disant : Voyage facile.

Plus tard, ce sont Rodrigo et Joseph, puis Garcia Fernandez, autres médecins qui l'encouragent, et bien que ce fussent surtout d'habiles cosmographes, ils n'en étaient pas moins des médecins de sorte que leur gloire retombe sur le corps médical tout entier.

En conclusion, M. Cathelin rappelle que c'est la France, en particulier, la ville de Saint-Dié qui, la première, a donné à l'Amérique son nom ; il montre que Vespucci qui était ami de Colomb n'est pour rien dans cette prétendue usurpation de sa gloire, mais Vespucci avait publié le premier les résultats de ses voyages alors que pour Colomb, c'est son fils Diego qui s'en chargea plus tard.

M. Cathelin termine par une étude approfondie de l'Atlantide et montre que pour lui, comme pour Fracastor, médecin napolitain, l'Atlantide est un mythe et pour de multiples raisons ne serait autre que l'Amérique elle-même.

Après avoir montré que les médecins seuls à l'époque de Colomb ont soutenu le grand homme, moralement et scientifiquement, il termine par une phrase du commandant Charcot : « Que les connaissances géographiques et l'équilibre social antérieurement à 1492, n'en étaient ni plus ni moins modifiés, que par conséquent, Christophe Colomb est bien à nos yeux et restera le vrai découvreur de l'Amérique. »

S. Exc. de Souza-Dantas voulut bien remercier en quelques mots l'UMFIA et tout particulièrement M. Cathelin de sa splendide conférence qui fut chaleureusement applaudie par une brillante assistance. M.

NÉCROLOGIE

— Le docteur André Sallard, ancien interne des hôpitaux de Paris (1888), décédé à Agadir, à l'âge de soixante-dix-neuf ans. Nous adressons à son fils, le docteur Jean Sallard, l'expression de notre vive sympathie.

— Le docteur Gabriel Perrin, professeur à l'École de Médecine de Clermont-Ferrand, médecin consultant à Royat.

— Le docteur Charles Pitre, de Saint-Julien-sur-Reyssouze.

Notions d'hygiène et d'administration du service de santé, par le médecin lieutenant-colonel Prat. Prix : 30 fr. Chez Lavauzelle, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Livre très utile à consulter actuellement et donnant une idée nette de l'organisation du service de santé sur le territoire et aux armées. 1140

L'ŒUVRE DU PROFESSEUR J.-A. SICARD (1)

Par M. Henri ROGER,

Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille.

Voici déjà dix ans, exactement dix ans ce jour, que le 28 janvier 1929, notre maître, notre collègue, notre ami, le professeur J.-A. Sicard était, après de courtes mais cruelles heures d'angoisse, emporté brutalement à Paris, à l'âge de 57 ans...

Il suivait de quelques semaines, dans la tombe, son maître Fernand Widal, qui avait pour lui une profonde estime et pour lequel lui-même professait une véritable vénération. Mais Widal, s'il brillait toujours par sa lumineuse intelligence, pouvait cependant être considéré comme presque arrivé au summum de ses belles découvertes, tandis que Sicard, en plein épanouissement intellectuel, était loin d'avoir encore donné toute sa mesure.

Il n'y avait guère que six ans qu'il avait accédé à la chaire de pathologie interne, où son clair enseignement était suivi par une foule d'étudiants. Il devait sous peu parvenir au rêve de sa vie, à la chaire de clinique médicale.

Sicard est parti, entouré de l'affection des siens, ayant eu la joie d'assister aux débuts heureux de la carrière de son fils aîné, André, alors interne des Hôpitaux de Paris, et devenu par la suite chirurgien des Hôpitaux, un des plus jeunes parmi ses pairs. Il avait également vu sa fille entrer dans la belle famille médicale des Hutinel, mariée à Jean Hutinel, agrégé de la Faculté, qu'une mort rapide devait enlever quelques ans après, lui-même encore plus jeune, à un brillant avenir.

La mort du Professeur Sicard fut vivement ressentie à Marseille, son pays natal, où il aimait si souvent revenir et où il avait conservé une foule d'amis. Dans la grande presse, de nombreux articles nécrologiques lui furent consacrés, et le 23 février 1929, je crus de mon devoir, ici même, dans cette salle des concours, de consacrer à sa vie une conférence qui fut honorée de la présence des principales autorités de notre ville : préfet, maire, recteur, président de la Commission administrative, directeur et nombreux collègues de l'Ecole de Médecine.

L'année d'après, le 18 février 1930, nous nous réunissions à nouveau, en présence de toute la famille du Professeur Sicard, pour inaugurer le médaillon du Maître qui orne la galerie du premier étage de notre vieil Hôtel-Dieu. Le Dr Laplane, au nom de ses anciens internes, le médecin général inspecteur Oberlé, au nom du Service de santé de la XVe Région, auquel Sicard s'était dévoué sans compter à l'Hôpital Militaire, au Centre neurologique de guerre, le Professeur Imbert, alors directeur de l'Ecole de Médecine, et qui avait été à Paris son camarade d'internat, évoquèrent tour à tour sa mémoire. Moi-même, je prononçai quelques paroles pour remettre au Président Vidal-Naquet le médaillon que la Fondation des Amis du Professeur Sicard avait bien voulu nous réserver, en réplique de celui apposé à Paris, sur les murs de la salle de consultations de l'Hôpital Necker.

Aujourd'hui, en ce dixième anniversaire de la mort de ce grand ami, j'ai pensé rappeler l'œuvre de celui qui fut un grand neurologue et un grand médecin, dans le simple cadre de nos leçons cliniques, et en la seule présence de mes élèves et de quelques personnes qui ont le culte du souvenir et que je remercie d'avoir bien voulu se réunir à nous.

*
**

Innombrables sont les notes et les mémoires publiés par J.-A. Sicard. Nous qui avons eu l'occasion, à la fin de la guerre, avec mon ami Rimbaud (de Montpellier), de collaborer avec lui pendant deux années, pour nous si fructueuses, nous pouvons témoigner quel soin il apportait à leur rédaction. Il ne se laissait nullement entraîner par l'élégance naturelle de son style. Il cherchait toujours à être plus clair et plus précis, à fixer par une image plus saisissante l'attention des auditeurs ou des lecteurs. Il savait condenser en quelques pages, en un article de journal, mieux encore, en une note à la Société Médicale des Hôpitaux ou à la Société de Neurologie, l'essence même des travaux qu'il voulait faire connaître.

Il a écrit quelques importants articles de traités, en particulier ceux du traité de Widal, Roger et Teissier sur la pathologie des méninges, parus après sa mort. En dehors de son importante thèse sur le « Liquide céphalo-rachidien et les injections sous-arachnoïdiennes », il a écrit peu de livres.

Son esprit était si peu à court de vues personnelles qu'il n'avait pas toujours le temps de s'appesantir sur chacune d'elles, ni de les développer jusque dans leurs ultimes conséquences. Il en laissait le soin à la brillante phalange de ses élèves qui, en des thèses mémorables, parachevaient sous sa direction l'œuvre si puissante du Maître.

Sicard n'était pas de ceux qui se laissent imposer par l'opinion d'autrui et qui aiment à piétiner les sentiers battus. Esprit des plus originaux, il a jeté, dans tous les domaines qu'il a évoqués, des clartés nouvelles. D'un éclectisme, que certains lui reprochaient, il a touché plus ou moins à toutes les branches de la médecine.

Parmi les nombreuses acquisitions que lui doit la science, nous n'envisagerons que les plus caractéristiques de son œuvre : la cure des varices, la thérapeutique des algies, le lipiododiagnostic, ses études sur le L. C.-R.

LA CURE SCLEROSANTE DES VARICES

J'ai eu la fortune d'être associé, dès le début, aux recherches de Sicard sur cette cure.

Durant la guerre, malgré les nombreux examens, les multiples expertises que nécessitaient les blessures de guerre, Sicard ne se désintéressait pas du problème qui l'avait préoccupé depuis longtemps, celui du traitement des syphilitiques nerveux, en particulier

(1) Leçon faite à la Clinique neurologique de l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 28 janvier 1939.

de ceux considérés alors comme incurables, les paralytiques généraux.

Il avait déjà essayé chez eux, entre autres thérapeutiques assez hardies, les injections locales, sous l'arachnoïde cérébrale, de cyanure de mercure; il avait même imaginé un petit et très simple trocart perforateur cranien, qui lui permettait, chez ces malades particulièrement suggestibles et assez souvent dociles, de faire deux petits orifices paramédians de trépanoponction.

Nous avions, au Centre Neurologique, essayé une autre méthode. Des injections massives de novarsenobenzène étaient poussées dans les veines, immédiatement après une anesthésie générale au chloroforme et après une soustraction abondante de L. C.-R. L'anesthésie avait pour but d'essayer de dissocier les combinaisons lipoïdiques qui enrobent les tréponèmes corticaux et empêchent leur destruction par l'arsenic; la ponction lombaire était destinée à faciliter la fixation du métal sur la pie-mère, à la faveur du branle-bas causé à son niveau par la spoliation du L. C.-R. Nous avions même eu, fait digne de remarque, une ou deux guérisons durables par cette méthode, il est vrai peu pratique.

A ce moment, le Professeur Danysz demande à Sicard d'expérimenter chez ses malades un composé argentique tréponémicide, le Luargol. Sicard est aussitôt frappé par l'obturation veineuse particulièrement gênante, qui suit à peu près toujours l'injection dans le vaisseau sanguin. Intrigué par ce fait, il en cherche patiemment la cause et il finit par se rendre compte que la sclérose veineuse ne provient pas du Luargol, mais bien du solvant du produit argentique, le carbonate de soude : le produit est d'ailleurs un disodoluargol.

Ce petit fait reste certainement gravé dans sa mémoire, mais son cerveau est tellement bouillonnant d'idées qu'on peut, sans irrévérence, dire que chez lui une idée chasse l'autre. Des préoccupations d'autre nature surviennent : les séquelles graves de blessure cranienne ou rachidienne affluent dans notre service, et on n'a pas le loisir d'approfondir plus avant ce problème.

Le temps passe, la guerre finit. Sicard rentre à Paris et, à mon tour, chef du Centre Neurologique de la XVe Région, j'ai l'occasion de recevoir un sous-officier qui y avait antérieurement séjourné pour une syphilis nerveuse. Or, ce malade se félicite d'avoir été depuis deux ans complètement débarrassé des varices volumineuses d'un de ses membres inférieurs, à la suite des injections de Luargol, que, faute d'autres veines perméables, nous avions poussées dans ses varices, non sans le secret espoir de leur sclérose. Je l'examine et je ne trouve plus, en effet, aucune trace de dilatation veineuse. J'écris l'intérêt de ce cas à Sicard et je présente en son nom ce malade au Comité Médical des Bouches-du-Rhône.

Aussitôt, dans son service de l'Hôpital Necker, Sicard entreprend toute une série de recherches. Il injecte des taux divers de solutions carbonatées chez d'autres variqueux, toujours avec le même succès encourageant. Il ne se contente pas d'utiliser ce produit qui a l'inconvénient de produire parfois quelques escarres cutanées. Il cherche mieux encore. Il trouve le salicylate de soude, plus maniable, à cause de sa moindre causticité. Il précise les concentrations qui conviennent à tel ou tel cas, la technique opératoire, les précautions à prendre, le rythme des injections sclérosantes. Les milliers et milliers d'injections qui se pratiquent dans son service, où un assistant est journellement occupé à cette cure, prouvent leur efficacité et leur innocuité.

Sans doute, bien d'autres, avant lui, avaient envisagé des thérapeutiques analogues. Je me suis, dans un article du « Marseille Médical » de 1920, amusé à en rechercher les précurseurs. Dès 1850, Chassaignac avait utilisé le perchlorure de fer, qu'on avait autrefois employé dans la cure des anévrismes. Valette (de Lyon), vers 1880, remplace le perchlorure de fer par la liqueur iodotannique, et Schiassi, au début du XXe siècle, par l'iode. Mais ces tentatives restent isolées. Quelques-unes conduisent à des accidents graves et doivent être abandonnées.

Il faut la persévérance de Sicard pour faire accepter ce traitement, malgré la prévention que l'on a contre lui. Sans doute, d'autres auteurs ont depuis lors perfectionné encore la cure. Quelques-uns ont substitué au salicylate de soude d'autres produits, en particulier la quinine-uréthane, le citrate de soude, etc.

Mais le principe de la méthode reste et celle-ci s'est tellement développée, qu'à l'heure actuelle d'innombrables femmes, atteintes de varices, soit disgracieuses, soit surtout gênantes, que des hommes du peuple, incapables, à cause de leur infirmité, de se livrer à des travaux de force, ont trouvé un soulagement immédiat et persistant. Dans la plupart des services chirurgicaux du monde entier, la cure sclérosante a remplacé la cure sanglante par les ligatures étagées ou par l'extirpation en bloc du paquet variqueux, ces interventions étant réservées à un petit nombre de cas.

Le mérite de Sicard, c'est d'avoir montré qu'avec ces produits chimiques on obtient une induration et un affaissement de la paroi veineuse, sans formation de caillot mobilisable, et par suite qu'il n'y a pas à craindre d'embolie. Sans doute, il a été publié un ou deux cas où pareille complication serait survenue, mais encore ces faits sont-ils d'interprétation douteuse.

Il faut en effet connaître les contre-indications formelles formulées par l'auteur : ne pas injecter une veine antérieurement atteinte de phlébite, afin de ne pas réveiller une infection latente, refuser le bénéfice des injections aux individus tarés, aux cardiaques, aux rénaux. Sous ces réserves, cette petite intervention, assez simple, qui ne nécessite pas d'outillage bien spécial et qui demande seulement un peu de doigté et une certaine habitude, rend d'immenses services.

Et il ne serait resté de Sicard que cette pratique, qu'elle suffirait à illustrer la mémoire d'un homme.

Mais il est bien d'autres bienfaits à ajouter à son actif, en particulier à son actif thérapeutique, ne serait-ce que l'extension qu'il a su donner à la pratique des injections antalgiques.

LA THERAPEUTIQUE DES ALGIES

Sicard était d'une affabilité exquise et d'une bonté inépuisable, et tous ceux qui ont vécu dans son entourage ont pu se rendre compte combien il compatissait aux souffrances humaines.

Dans les notes biographiques écrites en 1927, que Sicard avait alors, en homme prévoyant et particulièrement charitable, préparé pour le secrétaire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, éventuellement chargé de sa notice nécrologique, Sicard a lui-même raconté comment s'était véritablement éveillée en lui sa vocation médicale.

Il était resté orphelin de bonne heure; il avait perdu son père, alors qu'il n'avait que quelques mois, et une mère admirable avait été enlevée à son affection par une maladie aiguë, alors qu'il entrait dans sa dix-huitième année. Hésitant dans le choix d'une carrière, il avait, sans grande conviction, opté pour la médecine. Dès la première année d'études, en 1891, une épidémie de choléra éclate à Marseille. On a besoin de toutes les bonnes volontés, même de celles de tous jeunes étudiants.

« Je revois, dit-il, ces salles de cholériques, où la mort frappait si soudainement des hommes ou des femmes jeunes, hier encore pleins de vie, et en quelques heures à l'agonie. Malgré nos apparences de crânerie, quelle effroyable soirée nous passions dans cette salle de garde. » Un de ses oncles, un frère de sa mère, le Dr Jules Patras, contracte la maladie au chevet de ses malades, et est terrassé en moins de deux jours, dans la plénitude de ses trente ans, victime de son dévouement. C'est alors que Sicard comprend toute la responsabilité de la profession médicale et que son cœur aimant s'ouvre davantage aux maux d'autrui.

Ce naturel, noble et généreux, n'a certainement pas été un des moindres facteurs qui l'aient porté à s'occuper plus particulièrement de la thérapeutique de la douleur.

La douleur morale, et parfois la douleur physique, sont susceptibles d'exalter la dignité humaine. Comme l'a dit le poète :

> L'homme est un apprenti : la douleur est son maître,
> Et nul ne se connaît, tant qu'il n'a pas souffert.

Mais quel spectacle pénible pour la famille, pour l'entourage, de voir l'un des leurs se tordre dans de cruelles souffrances. Et pour un médecin qui, malgré l'habitude, n'a jamais pu cuirasser son cœur de pierre, quelle joie quand il peut apporter un soulagement à de pareils maux !

Sans doute, il a à sa disposition toute une gamme de préparations pharmaceutiques, dont le nombre immense est bien souvent la meilleure preuve de leur peu d'efficacité dans des algies rebelles. Malheureusement, la drogue qui calme le mieux, le « divin opium », suivant l'expression de Thomas de Quincey, aboutit à une fatale accoutumance, oblige à augmenter les doses et conduit à l'intoxication chronique, à la hideuse morphinomanie.

Parmi les névralgies qui sont les plus torturantes, il en est une, qui est bien connue depuis longtemps, c'est la névralgie du trijumeau, le *tic douloureux de la face* de Trousseau. Vous avez assisté à ces crises de violente décharge douloureuse, qui immobilisent le patient, qui répandent l'angoisse sur son visage dans l'appréhension d'une prochaine lancée, qui l'empêchent de s'alimenter, de se laver, de parler même, tant le moindre frôlement risque de déclancher un de ces paroxysmes particulièrement violents, qui l'acculent parfois au suicide. Pareils malades, que rien n'arrive à calmer, sont d'autant plus pitoyables qu'il s'agit de vieillards, ou en tout cas de personnes âgées. Or, on n'avait alors, en dernier ressort, qu'une intervention chirurgicale à leur conseiller, la section des filets terminaux, au niveau de l'échancrure sus-orbitaire, des trous sous-orbitaires et mentonnier; et encore cette thérapeutique était-elle souvent inefficace, quand la névralgie prédomine sur les branches profondes du trijumeau.

Voici qu'un médecin autrichien vient, à Vienne, d'obtenir, sans opération mutilante, la sédation des douleurs par une simple injection neurolytique d'alcool au niveau des zones d'émergence du nerf. Sicard est un des premiers en France, ainsi que Baudouin, ainsi que Lévy, à s'intéresser à cette méthode. Il est d'une habileté manuelle extrême; il cherche et trouve les meilleures voies d'accès pour sectionner chimiquement, non seulement les branches superficielles, mais encore et surtout les branches profondes, qu'il faut atteindre à la sortie du crâne, dans des régions difficiles, au niveau du trou ovale et du trou grand rond. De Paris, de province, de l'étranger, des malades accourent qui, soulagés pour un à deux ans, chantent les louanges de leur bienfaiteur et reviennent périodiquement se confier à ses mains expertes.

Mais ce n'est pas tout de pratiquer soi-même, de faire connaître et répandre par ses élèves cette heureuse méthode. Encore faut-il ne l'appliquer qu'à bon escient, afin de ne pas la discréditer, tant aux yeux des médecins qu'à ceux du grand public.

Or, il s'avère bientôt que toutes les douleurs faciales ne sont pas calmées par les injections d'alcool. Déjà, Trousseau avait bien séparé ce tic douloureux, la névralgie essentielle, de ce qu'on était convenu d'appeler les névralgies secondaires, celles qui surviennent après une compression intracranienne par une tumeur, après une neuroradiculite syphilitique, après un traumatisme, etc. Sicard insiste sur leur caractère moins discontinu, sur l'anesthésie ou l'hypoesthésie qui les accompagne. Il a surtout le mérite d'établir l'existence d'une troisième sorte d'algie faciale, à type de brûlure, de cuisson, à localisation débordant souvent le domaine du trijumeau, avec association de troubles vasomoteurs ou secrétoires, et de les rapporter au sympathique, la sympathalgie faciale.

Parmi les névralgies essentielles dûment authentiques, il en est qui s'avèrent, soit d'emblée, soit au bout d'un certain nombre d'injections, rebelles à l'alcool. Une intervention chirurgicale bien réglée par Cushing est susceptible de guérir ces cas : la neurotomie rétrogassérienne. Sicard ne s'obstine pas dans un vain amour-propre d'auteur; il demande aussitôt à son collègue Robineau, chirurgien de l'Hôpital Necker, de pratiquer cette section nerveuse chez ses

malades. Celui-ci y acquiert rapidement une telle maîtrise, qu'après de courts tâtonnements, il peut bientôt publier une statistique d'une centaine de cas guéris sans aucune mortalité. Et plus tard, André Sicard, devenu chirurgien à son tour, pourra, en touchant hommage de tendresse filiale, consacrer une importante thèse à cette intervention, et en particulier à un perfectionnement apporté par Dandy, qui incise seulement la partie externe de la racine et évite ainsi les troubles trophiques oculaires, qui étaient parfois la rançon malheureuse de la section totale.

A côté des algies de la face, il est une autre catégorie de névralgies qui s'imposent à l'attention du neurologiste, sinon toujours en raison de leur intensité, tout au moins à cause de leur fréquence : *les sciatiques*. Contre elles aussi, Sicard dirige son arsenal thérapeutique.

En dehors des médications antalgiques habituelles, en dehors de nombreux agents physiques, il préconise une série d'injections locales. Il s'agit ici d'un nerf à la fois sensitif et moteur et on ne peut songer, comme pour le trijumeau, exclusivement sensitif, à injecter, au contact du nevrilemne, de l'alcool qui, en détruisant les fibres nerveuses, provoquerait une paralysie durable : le remède serait pire que le mal. A côté d'injections paranerveuses de novocaïne ou de lipiodiol dans la fesse, Sicard a surtout recours aux injections épidurales. Passant à travers l'hiatus sacrococcygien, il baigne, dans une quinzaine ou une vingtaine de centimètres cubes de sérum novocaïné, les origines du tronc sciatique, dans l'intention d'agir par cette distension sur les adhérences, sur les processus fibreux, sur les phénomènes congestifs, qui enserrent le nerf et qui occasionnent sa souffrance.

Il a déjà eu l'occasion d'utiliser avec succès pareille méthode dans une toute autre affection, l'incontinence nocturne d'urines : car, par ce même espace sacré cheminent aussi les nerfs qui se rendent à la vessie. Et un certain nombre de ces enfants, et même de ces adultes, pisseurs au lit invétérés, trouvent une correction heureuse à leur pénible infirmité. Ces injections épidurales, Cathelin et Sicard se sont autrefois disputé l'honneur de les avoir préconisées chacun le premier. Peu importe, aujourd'hui, cette question de préséance; tous deux avaient eu une heureuse idée qu'ils ont aussitôt mise en œuvre, indépendamment l'un de l'autre. Il n'est pas douteux que Sicard a magnifiquement fait connaître et développé cette méthode.

Ces injections épidurales dans les sciatiques, il ne faut pas les appliquer à tous les cas : il faut bien connaître leurs principales indications. Celles-ci sont surtout dérivées des distinctions à établir entre les diverses sortes de névralgies. Comme il avait contribué à dissocier les névralgies faciales, Sicard insiste sur les diverses variétés de sciatique. Il en est de consécutives à la localisation d'une infection, d'une intoxication, ou d'une viciation du métabolisme de nos humeurs; à une compression par une tumeur de voisinage : ce sont les névralgies secondaires. Il en est de plus fréquentes, apparaissant sans cause nettement appréciable, vers la quarantaine ou la cinquantaine, chez des individus arthritiques : on les appelle névralgies rhumatismales, névralgies communes ou névralgies essentielles.

Sicard contribue beaucoup à préciser leur séméiologie générale, leurs petits signes, et à en délimiter les cadres. Il montre que même cette sciatique banale ne dépend pas toujours d'une même localisation du processus rhumatismal. Recueillant après sa mort l'héritage du rapport sur les sciatiques qui lui avait été confié pour la Réunion neurologique internationale de 1930, j'ai pu, me conformant à ses directives, décrire, en partant de la périphérie vers le centre, des myalgies sciatiques, des névrosciatiques, des plexosciatiques (correspondant en général aux sacrosciatiques) et des funiculosciatiques (ou encore lombosciatiques), ayant chacune une symptomatologie particulière.

C'est surtout à cette sciatique funiculaire que doit être rattaché le nom de Sicard. Dans une série de travaux, dont un des premiers est le mémoire, publié dans le premier numéro de guerre du « Marseille Médical » de 1916, sur les sciatiques de guerre et les sciatiques médicales, il insiste sur la fréquence des algies lombaires, précédant de quelques jours ou parfois de quelques mois les manifestations douloureuses de la fesse ou de la jambe. De la racine médullaire, segment strictement intraméningé compris entre la moelle et la dure-mère, il distingue le funicule, portion comprise entre la dure-mère et la sortie hors du rachis; à la radiculite, qui participe toujours de la pathologie méningée, il oppose la *funiculite*, qui dépend des réactions du tissu épidural et surtout des réactions ostéoarticulaires. Et peu à peu, il édifie cette pathologie du trou de conjugaison, auquel il tenait tant. Généralisant bientôt cette conception, il désigne sous le nom de *névrodocite* (de δοχειν, conduire, νευρος, nerf), les lésions des nerfs périphériques consécutives à l'atteinte des conduits osseux ou ostéomenbraneux qu'ils traversent : paralysie faciale en rapport avec les lésions du rocher, névrites cubitales commandées par les réactions de la gouttière olécranienne, par exemple.

Cette étude pathogénique des sciatiques nous éloigne quelque peu du traitement de la douleur, auquel il est temps de revenir.

A côté des algies des nerfs périphériques, sur lesquelles nous pouvons agir par l'une ou l'autre des pratiques envisagées, il en est malheureusement quelques-unes qui restent au-dessus des ressources de toute thérapeutique, soit qu'elles soient d'origine centrale, médullaire, soit qu'elles soient dues à des enclavements nerveux dans des tumeurs inextirpables. Contre ces tourments horribles des cancéreux, Sicard est un de ceux qui ont le plus préconisé cette intervention sur les cordons latéraux de la moelle, conducteurs de la sensibilité, cette *cordotomie* qui nous vient d'Amérique, et qui, dans des cas il est vrai assez rares, peut supprimer ces atroces souffrances.

Sicard avait entrevu l'importance du *sympathique* dans la production de certaines algies : il avait décrit les sympathalgies faciales, il avait été des premiers à faire de la causalgie de guerre et de la névrite ascendante (ou irradiante) des syndromes à prédominance

sympathique. Il aurait été de ceux qui, suivant l'exemple de Leriche, auraient le plus poussé à des interventions sur les rami communicantes ou sur les ganglions de la vie végétative.

Au cours de l'horrible crise d'angine de poitrine à laquelle il devait succomber, n'avait-il pas lui-même dirigé la thérapeutique dans ce sens ? Ne s'était-il pas fait infiltrer à la novocaïne les territoires cutanés de la région précordiale, suivant la méthode de Lemaire ? Et, au cours d'une courte accalmie, n'avait-il pas envisagé, pour plus tard, la résection de son ganglion étoilé, opération dont on commençait à peine à parler à cette époque ? Car, avec son enthousiasme naturel il allait, avant tout et toujours, au devant du progrès.

Plus qu'aucun autre, il comprenait que médecine et chirurgie ne sont plus, comme autrefois, des compartiments séparés, qu'elles s'interpénètrent tous les jours et que la thérapeutique est une, qu'elle s'adresse aux drogues, aux médications physiques ou au bistouri. Allant toujours de l'avant et doué d'une réelle habileté manuelle, il a dû, en son for intérieur, freiner souvent ses secrètes aspirations, pour ne pas prendre lui-même le bistouri. Quelques années plus tard, il aurait été certainement un de nos plus brillants neurochirurgiens. Ce n'était alors ni le temps ni l'heure, à l'époque de sa génération, qui avait encore quelques préjugés concernant les cloisons étanches séparant les diverses branches de l'art de guérir. Mais il avait poussé, presque au delà de ses limites, ce qu'on pourrait appeler la petite neurochirurgie, celle qui se sert de l'aiguille comme instrument et qui la porte dans les régions les plus cachées de notre être. Quoique n'opérant pas lui-même, il allait assister scrupuleusement et donnait ses précieuses directives à son collègue et ami Robineau pour les nombreuses tumeurs médullaires qu'il lui confiait : la collaboration étroite de leurs deux services avait réalisé à l'hôpital Necker un centre neurochirurgical avant la lettre.

LE LIPIODODIAGNOSTIC

Cette chirurgie de la moelle n'avait pu se développer que grâce à un procédé de diagnostic que la science doit tout entier à Sicard et qui constitue un des plus beaux fleurons de sa couronne scientifique, — le lipiododiagnostic.

Sans nul doute, avant la guerre, Babinski avait poussé bien loin les procédés permettant la localisation exacte des *compressions médullaires*, grâce à la recherche dans les antécédents de la phase radiculaire, signal-symptôme de la maladie, grâce à l'étude comparée des limites de la sensibilité, d'une part, et des réflexes de défense, d'autre part. Sur ses précieuses indications basées sur la seule clinique, de Martel avait pu enlever avec succès quelques tumeurs des racines rachidiennes. Mais rares étaient les cas, où la symptomatologie était assez complète, et encore ceux-ci n'étaient le plus souvent que des cas anciens, où la compression datait de quelques années et risquait d'avoir produit, au niveau des cordons antérieurs, des lésions de sclérose irrémédiable. Les faits opérés se réduisaient à quelques unités, alors que depuis la découverte du lipiododiagnostic c'est par centaines et milliers qu'on peut les compter aujourd'hui.

Déjà par ses études sur le L. C.-R., par ce qu'il avait appelé le chromodiagnostic liquidien, Sicard avait grandement facilité la découverte des compressions de la moelle. Il avait insisté, en effet, avec Foix, sur l'importance de la xanthochromie avec dissociation albuminocytologique du L. C.-R., dont le degré maximum se traduisait exceptionnellement par une coagulation massive du liquide, syndrome antérieurement décrit par Froin. Il a même donné le nom de lumbago xanthochromique à une affection caractérisée par des douleurs lombaires, une raideur pseudopottique et où la constatation d'une couleur jaune du liquide céré-brospinal permet de conclure à un cloisonnement méningé, soit par une tumeur, soit par une arachnoïdite.

Il sera plus tard un des premiers, de même que Clovis Vincent, à utiliser avec Haguenau la manœuvre de Queckenstedt-Stookey, qui aura le mérite de déceler parfois des bloquages moins complets.

Mais ces données chimiques et manométriques, utiles pour le diagnostic différentiel, ne fournissent pas de renseignements sur le diagnostic en hauteur, indispensable pour le chirurgien. L'arrêt de la bille lipiodolée et son repérage radiographique en un point donné du rachis fournissent à ce dernier une assurance, dont il hésite à se passer, même dans les cas où le neurologue lui affirme par la seule clinique le siège exact de la compression.

Un petit fait d'observation banale que d'autres avaient constaté avant lui, mais dont ils ne devaient pas entrevoir les possibilités futures, est à la base de l' « invention » de Sicard.

Un jour que nous suivions son service de Necker, vers 1920, notre collègue et ami nous montre une radiographie du bassin, sur laquelle de fines traînées noirâtres s'orientaient plus ou moins le long des fibres des muscles fessiers. Il nous intrigue, comme il avait déjà dû intriguer bien d'autres visiteurs, et nous apprend qu'il s'agit de lipiodol déposé depuis un an à cet endroit pour traiter une sciatique. Il faut se souvenir qu'à cette époque le lipiodol était connu depuis peu et l'on commençait à peine à s'intéresser à la radiographie vertébrale dans les algies des membres. Qui se serait jamais douté que de cette curiosité radiologique devait sortir une importante découverte diagnostique ?

Réfléchissant aux propriétés du lipiodol d'être opaque aux rayons X, d'avoir une fluidité huileuse spéciale qui lui permet de cheminer le long des interstices cellulaires et musculaires et d'avoir une densité suffisante pour obéir aux lois de la pesanteur, Sicard songe bientôt à l'utiliser dans le problème qui le préoccupe à cette époque, celui des compressions médullaires. Ne pourrait-on, en l'injectant dans les espaces sous arachnoïdiens au-dessus du siège présumé de la tumeur, le voir s'arrêter à son niveau ?

Il faut auparavant connaître la tolérance des méninges et des racines pour l'huile iodée : Sicard, qui, depuis sa thèse, a pratiqué bien des injections sous-arachnoïdiennes, a vite fait d'établir son innocuité.

Il faut surtout trouver une région du rachis où ce corps puisse être injecté sans grande difficulté et sans être bloqué immédiatement sur place par manque

d'espace entre la moelle et la dure-mère. Après une série d'études sur le cadavre, Sicard choisit la voie atloïdo-occipitale, à cause du lac sous-arachnoïdien qui s'y trouve. Nous sommes encore loin du temps où la ponction occipitale sera entrée dans les mœurs médicales, et sera proposée, d'ailleurs à tort à notre avis, pour remplacer à peu près complètement la ponction lombaire. Sicard doit vaincre bien des hésitations que fait naître le voisinage du bulbe : il règle d'une manière minutieuse la technique et finit par emporter toutes les résistances.

Vous connaissez les détails de cette épreuve, pratiquée couramment dans tous les services de neurologie.

L'injection sous-occipitale est faite de préférence sous écran radioscopique, afin de mieux suivre les détails du cheminement de la bille lipiodolée. Si elle ne trouve aucun obstacle sur sa route, elle descend jusqu'au cul-de-sac sacré; elle y dessine l'image en balle de fusil classique et, fait qui n'est pas le moins surprenant, elle y est indéfiniment et admirablement tolérée. Elle s'arrête, par contre, au niveau de toute compression serrée de la moelle et indique d'une façon formelle le niveau supérieur de l'obstacle, en correspondance avec le corps de telle ou telle vertèbre. Sicard ne se contente pas de cette donnée capitale : par l'étude de nombreux clichés et de vérifications opératoires, il fait rendre encore plus à l'épreuve. Au diagnostic topographique il adjoint un diagnostic étiologique. Aux contours de telle figure dessinée en noir sur le film se superpose telle lésion : l'arrêt franc en casque ou en dôme est en général pathognomonique d'une tumeur des racines, la forme en dent de peigne se rencontre surtout dans certaines pachyméningites, en particulier pottique, les coulées de cierge sont plutôt l'apanage des arachnoïdites, l'image festonnée en médaillon est le propre des tumeurs intramédullaires.

Si on veut connaître le niveau inférieur de la compression, on injectera ce même lipiodol par voie lombaire et, en basculant le malade sur la table radiologique, tête en bas, la radio fixera l'endroit exact où il arrêtera sa descente. Ou bien on peut utiliser, par la même voie lombaire, un lipiodol léger, fluide, susceptible d'ascensionner jusqu'au niveau de l'obstacle : mais nous conseillons moins cette pratique du lipiodol léger, qui a quelques inconvénients à son actif.

Grâce à ce lipiododiagnostic, bien des cas sont actuellement opérés à coup sûr et à une période relativement précoce. Et la chirurgie médullaire s'est étendue dans des proportions inespérées.

Sans doute la méthode n'est pas infaillible. Des arrêts temporaires de l'huile opaque peuvent être dus à de très légères réactions arachnoïdiennes compliquant une myélite, en particulier une sclérose en plaques, qu'il serait pour le moins inutile d'opérer : nous avons des premiers insisté sur ces faits. L'absence d'accrochage ne peut exclure d'une façon formelle une compression lâche de la moelle.

Sans doute le lipiododiagnostic a parfois quelques inconvénients. En raison des réactions inflammatoires que l'iode peut provoquer au niveau de certaines compressions, il est indiqué de pratiquer l'injection la veille ou le jour où l'on a décidé l'intervention éventuelle; ainsi on évitera au malade une recrudescence des douleurs radiculaires et plus exceptionnellement une aggravation momentanée de ses signes moteurs.

L'on a publié, et nous connaissons des cas, plus graves, de complications bulbaires, même mortelles, presque toujours dus à des mains inexpertes.

Par contre-partie, l'épreuve, tentée dans ce but purement diagnostique, peut avoir des effets thérapeutiques remarquables. Nous nous souvenons d'une algoparésie d'un membre supérieur, certainement due à une arachnoïdite, qui fut admirablement guérie par l'injection sous-occipitale d'huile iodée ; son passage au niveau de la région cervicale avait dû dilacérer des adhérences lâches.

Tout compte fait, le bilan des résultats heureux est cent fois supérieur à celui des incidents regrettables. La méthode reste et sera toujours en honneur dans tous les pays du monde.

Sicard, neurologiste, s'était attaqué d'emblée au problème délicat que le lipiododiagnostic était susceptible de trancher. Il fallait son audace pour n'avoir pas reculé devant pareille tentative, qui aurait paru à d'autres un peu osée. Il ne s'arrête pas en si bonne voie. Il songe aussitôt à d'autres territoires, qui pourraient être justiciables de cette méthode et, avec sa féconde imagination, il en découvre de nombreuses applications.

Nous ne nous attarderons pas à décrire toutes celles qu'il a réunies dans son livre avec Forestier.

L'exploration de l'arbre urinaire (injection urétrale pour les rétrécissements, injections urétrales pour les calculs, ou les anomalies du bassinet) a été en partie abandonnée et remplacée par l'injection intraveineuse de substance opaque s'éliminant par le rein. Il n'est pas de même de celle des voies génitales de la femme, en particulier des trompes utérines, qui subit un regain d'actualité, car cette pratique a permis, non seulement d'établir le diagnostic de perméabilité ou d'oblitération, mais encore de guérir quelques cas de stérilité grâce à la destruction d'adhérences tubaires.

L'injection intraartérielle dans les artérites oblitérantes rend encore quelques services, uniquement comme temps préparatoire avant l'amputation, afin de mieux fixer le niveau de l'intervention : pour les autres indications on lui préfère en général d'autres corps opaques moins obstructifs.

Indiquons en passant l'étude des abcès et des trajets fistuleux, fistules anales et surtout fistules osseuses, dont les origines sont souvent fort éloignées de l'orifice périphérique, celles de certaines cavités (sinus) ou canaux (canal lacrymal), celle de conduits excréteurs (canal salivaire, voies biliaires au cours d'une intervention chirurgicale), etc.

Nous nous attarderons davantage à l'*exploration bronchopulmonaire*, qui est la plus répandue après celle des espaces sous-arachnoïdiens. On injecte, au moyen d'une seringue spéciale, directement dans la glotte préalablement anesthésiée à la novocaïne, 10 à 20 cc de lipiodol, et on incline plus ou moins le sujet du côté du poumon qu'on veut explorer plus particulièrement. Avec une bonne technique, on obtient sur les clichés de magnifiques arborisations de plus en plus fines, dessinant tout l'arbre bronchique. Grâce

à ces radios, on a pu mettre en évidence la fréquence relative des dilatations bronchiques aux images si particulières, à forme de grappe de raisin ou de glycine dans le type ampullaire, en doigt de gant dans le type cylindrique, en culs-de-sac dans le type moniliforme. L'imprégnation iodée peut préciser les contours et le siège d'un abcès du poumon, localiser une tumeur intrapulmonaire, contrôler les résultats de la thoracoplastie au niveau d'une caverne pulmonaire chez un tuberculeux non évolutif.

Le lipiododiagnostic bronchopulmonaire n'est pas toujours inoffensif. En dehors des inconvénients dus à l'anesthésie novocaïnique, on a signalé des accidents d'iodisme, parfois de courtes réactions pulmonaires congestives, se traduisant par de petites hémoptysies. Nous avons entendu parlé de morts subites ou rapides, de pathogénie difficile à préciser.

Toute médaille a son revers. Mais ces complications sont rares et n'ont fait abandonner cette méthode ni par les pédiatres ni par les pneumologues, en particulier dans les cas de bronchectasie de diagnostic difficile.

Agent diagnostique de premier ordre et souvent aussi agent thérapeutique des plus efficaces, l'huile iodée, introduite par Sicard dans l'arsenal moderne du praticien, y conserve une place de premier plan. N'est-ce pas un grand chirurgien américain qui a qualifié cette découverte de « précieux don du génie français » ?

LE LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

Nous en arrivons à ce par quoi nous aurions peut-être dû commencer, aux études, d'ailleurs les première en date, mais toujours poursuivies depuis lors, sur le liquide céphalo-rachidien.

Sicard, interne chez Troisier, a l'occasion toute fortuite, en 1896, d'entrer en contact avec Widal, alors jeune médecin des hôpitaux, remplaçant le chef de service en congé de longue durée pour raison de santé. C'est l'époque, où dans une communication mémorable à la Société médicale des Hôpitaux, Widal vient de démontrer l'agglutination du bacille d'Eberth par le sérum des typhoïdiques. Le jeune Maître associe aussitôt son interne à ses recherches si neuves sur le sérodiagnostic de la fièvre typhoïde. Tous deux passent ensemble de longues après-midi à mesurer heure par heure les variations du pouvoir agglutinatif du sérum typhique, et, durant ses journées trop courtes, « communient fraternellement », le mot est de Sicard, dans la même foi biologique.

Ultérieurement rien ne pourra les séparer. De ce maître incomparable qui a illuminé de son cerveau prodigieux la médecine biologique du début du XXe siècle, l'élève garde toute sa vie l'empreinte. De lui il tient cette joie de la recherche, cette ardeur à scruter dans leurs moindres détails les diverses réactions humorales. Toujours il le vénère comme son père spirituel ; auprès de lui il vient, dans toutes circonstances de sa vie, chercher aide ou conseil. Il se fait une règle de suivre scrupuleusement toutes ses directives. Et cruelle coïncidence, la mort devait les unir comme l'avait fait la vie. Elle les emporte tous deux à une quinzaine de jours d'intervalle l'un de l'autre. Les dernières lignes écrites par Sicard ne sont autres que ce magnifique article nécrologique de la *Presse Médicale*, consacré à la vie et à l'œuvre de son grand patron.

Mais revenons à la période de la fin du dernier siècle. Widal, qui vient d'établir avec Ravaut le cytodiagnostic des épanchements pleuraux, appelle Sicard, déjà orienté vers la neurologie par son internat chez Raymond et chez Brissaud, à appliquer la même technique à l'étude du L. C.-R. Ensemble ils classent les divers types cellulaires qui accompagnent non seulement les méningites aiguës ou subaiguës, mais encore les réactions méningées latentes qu'ils découvrent au cours d'affections paraissant affecter uniquement le névraxe ou les racines rachidiennes. Avec son ami Ravaut, l'aiguille de Tuffier à la main, Sicard défriche inlassablement ce champ, jusqu'alors inexploré, et il récolte une ample moisson de faits des plus utiles au diagnostic neurologique.

La lymphocytose qu'il découvre dans le zona lui permet, par exemple, d'affirmer avec Brissaud, son origine méningoradiculaire. Plus tard il basera sur les réactions du L. C.-R. une division capitale des états de migraine accompagnée de paresthésie ou de parésie transitoire d'un membre : les uns, sans hypercytose apparente, appartiennent à l'ancienne migraine diathésique, et évoluent sans complications ; les autres avec hypercytose et hyperalbuminose sont liés à la tuberculose, à la syphilis ou à la néoplasie et ont un pronostic des plus réservés.

Sicard est de bonne heure attiré par la chimie du L. C.-R. N'étant pas chimiste et n'ayant pas à sa disposition des méthodes de dosage suffisamment précises, il ne peut jeter dans ce domaine les clartés que plus tard mon ami Mestrezat y fera surgir ; mais il en prévoit tout l'intérêt. Il insiste sur le dosage du glucose, dont la diminution ou la disparition est un des signes de l'infestation des méninges par les microbes. Il a surtout le grand mérite, avec son esprit curieusement pratique, d'inventer avec Cantaloube, un peu sur le modèle du tube d'Esbach, son précieux rachialbuminimètre, qui n'a pas la prétention d'une exactitude mathématique, mais qui suffit amplement à mesurer en clinique d'une manière simple et rapide, la quantité d'albumine d'un L. C.-R.

Nous avons déjà parlé de l'importance que Sicard attache à la dissociation albuminocytologique et au chromodiagnostic pour la découverte des compressions médullaires.

Avec son orientation toute pragmatique, il ne peut se contenter de voir dans la ponction lombaire une simple méthode de diagnostic. Alors qu'on a à peine recueilli quelques notions vagues sur le L. C.-R., il consacre dès 1899 sa thèse aux injections sous-arachnoïdiennes. Il expérimente chez l'animal l'effet des injections de substances non toxiques ou toxiques, de microbes, de toxines. Il tente quelques essais d'injection intrarachidienne de sérum antitétanique chez l'homme : et il contribue certainement ainsi à ouvrir la voie, qui, quelques années plus tard, devait permettre à la sérothérapie antiméningococcique la guérison de la méningite cérébrospinale.

Ayant débuté dans la carrière scientifique par une pareille étude sur les injections intrarachidiennes et

intracraniennes, il n'y a rien d'étonnant à ce que cette question l'ait passionné toute sa vie et l'ait amené à la fructueuse découverte du lipiododiagnostic sous-arachnoïdien. Entre ce premier et ce dernier travail, la mort a brutalement, il y a dix ans, fermé la bouche.

***

Je m'en voudrais, Mesdames et Messieurs, de prolonger cette leçon en vous détaillant encore *l'œuvre proprement neurologique* de Sicard ; car jusqu'ici nous avons surtout eu en vue l'œuvre biologique et l'œuvre thérapeutique.

De bonne heure, Sicard s'était orienté vers la neurologie. Il avait été dès son internat élève du Professeur Brissaud. Qui a connu la finesse d'esprit pétrie de malice de ce Maître, qui a admiré sa brillante érudition et sa largeur de vue capable de lui faire deviner, dans des envolées véritablements prophétiques, la nature exacte de maladies auxquelles l'anatomie pathologique devait beaucoup plus tard fixer leur réel substratum anatomique, ne peut s'étonner de l'emprise du brillant Béarnais sur notre jeune Marseillais, arrivé depuis peu de sa province et reçu brillant dixième, au concours de l'internat des hôpitaux de Paris, immédiatement après Cunéo, Imbert, Terrien, Nobécourt, Ombredanne, Hepp, Lesné, Léon Bernard et Rist, toute une élite.

Son clinicat chez le Professeur Raymond, à l'esprit moins chatoyant mais au raisonnement des plus solides, ne peut que l'ancrer dans cette voie. Violemment sollicité par l'ardeur de la vie, Sicard n'aurait pu cependant passer son existence, comme d'autres, l'œil fixé sur un microscope à scruter les dégénérescences de tel ou tel faisceau nerveux en correspondance avec tel ou tel syndrome clinique. Sicard a tendance à s'évader des cadres trop étroits. Et cependant dans le domaine purement neurologique il, a dans toutes les questions qu'il a envisagées, apporté des vues originales, aussi bien quand il isole l'encéphalite myoclonique avec sa triade (myoclonie, algie et insomnie délirante), que quand il décrit le paraspasme facial auquel son nom est de suite accolé, aussi bien quand il propose la plastie cranienne avec de l'os humain stérilisé, que quand il décrit les acrocontractures de guerre ou quand il réunit sous le nom de syndrome condylo déchiré postérieur la paralysie des quatre derniers nerfs craniens. J'en passe : car il faudrait tout citer dans cette œuvre si féconde.

Que ne me reste-t-il assez de temps pour vous indiquer l'importance qu'il attache à la *pathologie vertébrale* et à son retentissement sur la moelle, les racines et les nerfs ? Rhumatisme vertébral et funiculite, mal de Pott et paraplégie, cancer secondaire du rachis, malformations vertébrales, blessures rachidiennes et médullaires, ont fait l'objet de multiples notes ou mémoires.

Sicard n'est pas un de ces neurologistes, qui se contente de la recherche du petit signe : il a des vues plus larges. Je vous ai entretenu du puissant souffle biologique dont il a aéré nos méthodes diagnostiques. Je vous ai montré comment il a orienté notre thérapeutique vers la chirurgie, et seuls les préjugés de son temps (aujourd'hui périmés) l'ont empêché d'opérer lui-même ses malades. Il est une autre discipline qu'il a contribué beaucoup à mettre en honneur, la *discipline radiologique*. « Dans la médecine de Sicard, comme l'a écrit fort heureusement son ami et élève Forestier, le radiodiagnostic, qu'il fût basé sur la scopie ou sur la graphie, était un élément essentiel de l'examen complet des malades et sa perspicacité merveilleuse savait en tirer des enseignements et des conclusions fécondes pour le diagnostic et le traitement. »

J'en ai fini avec l'œuvre de J. A. Sicard.

Mais ma tâche ne serait pas terminée si, en quelques mots, je n'essayais de vous camper un portrait, trop infidèle de l'homme.

Grand et de belle prestance, la figure autrefois un peu poupine, qui avait pris plus tard un masque latin toujours égayé d'un doux sourire ; ses yeux bleus pleins de finesse à peine voilés par ses lorgnons de myope, Sicard dégageait autour de lui une atmosphère de sympathie et de charme, qui contribuait beaucoup à son ascendant sur les malades. Ceux-ci, auxquels il se dévouait sans compter l'adoraient comme leur dieu. Car à ses dons physiques et intellectuels s'associaient les plus hautes qualités morales.

A côté de bien d'autres vertus, je ne me lasserais jamais de vanter les trésors infinis de sa bonté. Il n'avait pas de plus grande joie que lorsqu'il avait pu être utile aux autres. Il allait au devant des désirs de ses amis et s'inquiétait souvent plus qu'eux-mêmes de leur avenir.

Je sais tout ce que je lui dois et je lui en ai voué une éternelle reconnaissance.

Qu'il me soit permis de rappeler un souvenir personnel. Quand, à la fin de la guerre, l'heure de l'armistice vint à sonner, il s'informe aussitôt de mes intentions ultérieures : je lui fais part de mon désir tout naturel de retourner à Montpellier dans ma Faculté d'origine. Avec une aimable insistance il me montre tout l'intérêt qu'il y aurait pour moi... et avec son indulgence coutumière il voulait bien ajouter : pour Marseille..., à ma fixation définitive dans cette ville. Aussitôt il s'emploie dans ce sens auprès du regretté Professeur Alezais alors directeur de l'Ecole de médecine. Il fut ainsi le promoteur de la chaire de clinique neurologique que depuis bientôt 20 ans j'occupe aujourd'hui.

Voilà pourquoi nous avons ici le devoir encore plus qu'ailleurs de commémorer le dixième anniversaire de sa mort.

Du plus profond de mon cœur, je vous invite à venir déposer une gerbe de fleurs et observer une minute de silence devant le médaillon de celui qui, de loin, veille sur notre œuvre, et dont le plus beau titre de gloire aura été d'avoir pu, de son vivant, être appelé le « Médecin de la douleur ».

L'éducation des parents, par Wilhelm STEKEL, traduit de l'allemand par Hélène P. Bernheim. Un vol. in-16, double-couronne. Prix : 20 fr. Collection *Psychologie*. Éditions de la Nouvelle Revue Française, 5, rue Sébastien-Bottin, Paris (VIIe).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 30 JANVIER 1939.

Sur l'hypoglycémie consécutive à l'absorption digestive de l'insuline. — MM. F. RATHERY, M. DÉROT et P.-M. DE TRAVERSE.

Variations de l'acidité formol et de l'acidité phtaléine dans les urines. Interprétation par la méthode graphique. — M. LÉON LESCOEUR.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1939.

De la sérothérapie antitétanique par voie cutanée. — M. ALEXANDRE BESREDKA insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à employer le sérum antitétanique en pansements là où l'on hésite à s'en servir en injections.

L'emploi local du sérum est justifié par la persistance des spores et des bacilles tétaniques au niveau de la plaie, c'est-à-dire par le caractère local du tétanos au début. La sérothérapie cutanée peut être employée par le patient ou son entourage aussitôt après l'accident en attendant le médecin qui juge de compléter le pansement par une injection sous-cutanée ou intraveineuse de sérum.

Le pansement, même renouvelé, n'expose pas au choc anaphylactique.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 11 JANVIER 1939

M. CHEVASSU fait l'éloge du médecin général Paitre, décédé.

A propos des endométriomes. — M. L. BAZY présente un cas de malformation de la trompe qui pourrait prêter à discussion avec un endométriome tumeuré.

Trois cas de malacie du semi-lunaire traités avec succès par des opérations sympathiques par MM. GUILLEMINET et MEILLET-GUY.

Malacie du semi-lunaire traitée par extirpation de l'os. Guérison, par M. ANDRÉ SICARD.

Malacie du semi-lunaire traitée par extirpation de l'os. Examen histologique. Guérison, par M. P. LANCE.

M. A. Mouchet fait un rapport sur l'ensemble de ces observations et présente quelques conclusions intéressantes; il s'agit de sujets jeunes, 17 ans, 15 ans 1/2, exerçant tous des professions manuelles (ouvriers agricoles).

Au point de vue pathogénique, les observations de Guilleminet tendraient à confirmer la théorie de l'ostéoporose d'origine sympathique, défendue par M. Leriche; dans un cas, il y avait en effet irritation vasculaire par anomalie de la 7e vertèbre cervicale (côte cervicale).

Le cas de M. Lance soulève un intéressant problème, en raison de l'existence chez le malade d'une épiphysite vertébrale, si bien qu'on peut se demander si ces deux affections ne relèvent pas, dans certains cas, d'une même étiologie (infectieuse, endocrinienne) ?

M. Mouchet discute enfin la conduite thérapeutique à tenir; l'extirpation paraît l'intervention de choix dès que le semi-lunaire présente une condensation radiologique importante. Elle assurera une guérison rapide avec un minimum de séquelles.

M. Fèvre a eu l'occasion d'opérer un cas de malacie du semi-lunaire dont l'origine traumatique était indiscutable. L'extirpation a amené la guérison.

Séquelles graves de phlébites. Amélioration par la sympathectomie lombaire. — M. WILMOTH fait un rapport sur cette observation de M. GOINARD.

Tumeur masculinisante de l'ovaire. — M. Brocq rapporte cette observation de M. LUZUY.

Chez une fillette réglée à l'âge de 11 ans 1/2, apparaît une aménorrhée vers 14 ans; simultanément se développent des signes masculins : apparition de barbe, de poils sur la poitrine, atrophie des seins, etc. L'intervention montre l'existence d'une tumeur de l'ovaire, dont l'examen histologique permet de préciser la nature : tumeur mâle des auteurs allemands. Presque immédiatement après l'exérèse de la tumeur, les poils disparaissent, les règles réapparaissent; seule la modification de la voix ne semble pas influencée.

M. Brocq rappelle les conclusions du travail qu'a consacré récemment à ces tumeurs M. Varangot (Thèse de Paris 1937).

M. Chevassu conteste l'interprétation des figures histologiques de l'observation de M. Luzuy.

Les estomacs biloculaires congénitaux. — M. OKINCZYC a observé deux cas de biloculation congénitale; le premier cas est une pièce anatomique trouvée par l'auteur sur un sujet de l'Ecole pratique, le second cas a été observé chez une femme de 55 ans qui présentait des troubles gastriques et une image radiologique typique d'estomac en sablier.

Une gastrectomie est faite, et l'examen de la pièce montrant l'absence de tout ulcère, de cicatrice sur l'estomac, l'absence de cercle vasculaire sur la petite courbure, fait penser à M. Okinczyc qu'il s'agit d'une ténose d'origine congénitale.

Présentation de pièce : Lésions du ménisque externe ; la partie postérieure est discoïde et géante. Cette lésion observée chez un sujet de 15 ans semble être de nature congénitale. — M. MATHIEU.

M. Braine considère que les phénomènes de contracture musculaire interviennent bien plus que la lésion méniscale elle-même, dans l'apparition des phénomènes de blocage.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1939

Un cas de maladie de Little traitée par Radicotomie postérieure. — M. Sorrel rapporte cette observation due à M. GRADOYEVITCH.

Sur un cas de paralysie faciale périphérique par choc direct et fracture du style temporal. — Observation de M. BRUNATI, rapportée par M. Truffert. Il s'agit d'une paralysie faciale d'origine traumatique ; M. Truffert dégage les signes cliniques de la fracture de la styloïde temporale à la lumière des quatre observations publiées (douleur pharyngée à hauteur de l'amygdale).

Sur le traitement de la ptose gastrique. — M. O. LAMBRET souligne le peu d'intérêt soulevé jusqu'à présent par le traitement chirurgical de la ptose gastrique; il précise tout d'abord les différents types cliniques de ptose gastrique rencontrés en clinique et les conséquences d'évacuation qui en résultent. Au point de vue chirurgical, M. Lambret rejette les procédés de suspension de la petite courbure; c'est en agissant sur la grande courbure qu'il faut essayer de traiter la ptose. L'auteur a utilisé deux cents fois un procédé personnel de suspension au moyen d'une bandelette prélevée sur le muscle grand droit. Les résultats fonctionnels sont excellents et durables. Le pourcentage d'échecs est de 10 %, et l'auteur les attribue au caractère tardif de certaines interventions.

La section du nerf obturateur dans le traitement des arthrites chroniques de la hanche. — Rapport de M. Mathieu sur 5 observations dues à M. PADOVANI. La section de l'obturateur doit porter sur le tronc de ce nerf, c'est-à-dire la nécessité d'intervenir par voie abdominale-médiane sous-péritonéale. Les résultats ont été très satisfaisants.

Un cas d'iléité régionale. — M. Moulouguet présente cette observation adressée par M. HERTZ. Un homme souffrait de l'abdomen depuis 6 mois, avec alternative de diarrhée et de constipation; amaigrissement prononcé et fièvre.

A l'intervention, on trouve une tumeur de l'intestin grêle siégeant à 80 cm. de l'angle iléocœcal; la tumeur était perforée en son centre et obturée par l'épiploon. Resection iléale avec anastomose latéro-latérale. A l'ouverture de la pièce, double ulcération muqueuse très large.

M. Moulonguet essaie de préciser la place qu'il convient de faire à cette lésion par rapport à l'iléite régionale.

Fistule traumatique du pancréas. Fermeture progressive de la fistule ayant abouti à un faux kyste du pancréas. Abouchement du trajet fistuleux dans le jéjunum. Guérison. — M. Houdard rapporte cette observation due à M. DUNCOMBE.

SÉANCE ANNUELLE DU 25 JANVIER 1939

M. MAURICE CHEVASSU, président, prononce le discours d'usage; il le consacre à des souvenirs sur la fondation de la Société Nationale de Chirurgie et sur Auguste Bérard.

Proclamation des prix. (Voir *Gaz. Hôp.* 1939, n° 8, p. 121.)

M. LOUIS HOUDARD, secrétaire annuel, lit le compte rendu des travaux pendant l'année 1938.

M. LOUIS BAZY, secrétaire général, prononce l'éloge de M. Charles Walther. (Voir *Gaz. Hôp.* 1939, n° 9.)

LIVRES NOUVEAUX

Bretonneau, par le Dr J. F. RODRIGUEZ PEREZ, vice-directeur de l'Hôpital Las Animas, à la Havane, membre de l'Institut Finlay. Un vol. in-8° broché, Imp. « La Propagandista », Maximo Gomez, 359, la Havane 1938 (en espagnol, illustré de 8 portraits.

L'auteur, au cours de ses travaux dans l'hôpital « Las Animas », où est conservé le souvenir du grand Guiteras et de l'illustre Carlos Finlay, a été amené à reprendre les travaux des médecins français sur l'épidémiologie.

Les travaux de Bretonneau sur la clinique de la fièvre typhoïde et de la diphtérie l'ont attiré particulièrement. En témoignage d'admiration, il vient de consacrer un beau livre à Bretonneau. Les confrères qui connaissent l'espagnol ou qui n'ont pas oublié le latin liront avec un grand intérêt ce livre où la vie du grand clinicien français, ses travaux, sont retracés avec une piété qui nous montre la fidélité de nos éminents confrères de Cuba.

M. Rodriguez Perez a dédié son beau livre à son maître le Dr Antonio Diaz Albertini; il ne manque pas, dans sa préface, de dire ce qu'il doit à son ami le Professeur Francisco Dominguez, travailleur éminent que n'oublient pas ses confrères de Paris.

F. L. S.

Précis de némopsychiatrie infantile, par le Dr GILBERT-ROBIN. Paris, Doin et Cie, 1939.

Cette importante étude est consacrée à la némopsychiatrie de l'enfant en éliminant intentionnellement celle de l'adolescent.

S'isolant de toutes les théories l'auteur se cantonne dans l'observation clinique et décrit les divers types qui correspondent réellement à une forme de personnalité. Il étudie ensuite par rapport à un type donné l'action des diverses causes, héréditaires, sociales, médicales, psychologiques ; les réactions caractérielles et les névroses; les troubles liés à l'épilepsie et à l'encéphalite épidémique, ceux enfin du rendement intellectuel par arriération, processus démentiels ou simple retard. Il s'attache enfin à divers points purement sémiologiques trop souvent négligés.

Une étude soignée de la thérapeutique, de l'assistance et de l'éducation conclut enfin ce travail, qui dénote quelle place importante la psychiatrie infantile tend à se faire à côté de la psychiatrie en général.

Les récentes acquisitions qu'a révélées le Congrès de 1937 trouvent ici leur synthèse. La nécessité d'une telle œuvre n'est plus à discuter et ce travail vient à son heure.

L. BABONNEIX.

Les affections des glandes endocrines et leur traitement, par Herman ZONDEK, docteur méd. (Berlin), directeur de la division médicale de l'hôpital Bikur Kholim, Jérusalem, ancien professeur agrégé de médecine à l'Université de Berlin, directeur de la division médicale du Krankenhaus am Urban à Berlin, ancien médecin honoraire de l'hôpital Juif Victoria Memorial à Manchester. 4e édition. Traduction par le docteur Marcel Filderman. Préface par M. le professeur Laignel-Lavastine. 1 vol. format 16 × 25 cm., 600 pages, 168 figures, entièrement tiré sur papier couché. Prix : 220 francs. Maloine, édit., Paris.

Cet ouvrage est une traduction établie d'après la troisième édition en langue anglaise, publiée en 1935 à Londres, de l'ouvrage dont la première édition avait parue, en 1926, à Berlin. Complété et mise à jour par l'auteur lui-même, il apporte une étude complète des affections endocriniennes à la lumière des travaux les plus récents.

La caractéristique de cet ouvrage est l'esprit essentiellement clinique dans lequel il a été conçu et rédigé.

Dans une première partie théorique, qui comprend à peine un cinquième de l'ouvrage, les glandes endocrines sont étudiées du point de vue anatomique et physiologique.

La deuxième partie, descriptive, qui occupe les quatre cinquièmes de l'ouvrage, est la plus intéressante pour le praticien. Laissant de côté les classifications théoriques et abstraites qui groupent les différents syndromes endocriniens en hyper- hypo- et dysfonctionnement de telle ou telle glande, l'auteur envisage chaque syndrome endocrinien tel qu'il se présente en clinique sans préjudice de la ou des glandes dont les perturbations peuvent être à l'origine de ce syndrome.

La maladie de Graves-Basedow, les diverses formes du myxœdème, la tétanie, l'obésité et ses diverses formes étiologiques, les cachexies hypophyséoprive et cérébro-hypophysaire, la diencéphalopathie qui groupe en un même syndrome des manifestations d'atteinte du diencéphale, de l'hypophyse et de l'œil, le diabète insipide, la sénilité précoce, l'acromégalie, le gigantisme et le nanisme dans leurs diverses variétés, l'ostéomalacie, les ostéites fibreuse et déformante de Recklinghausen et de Page, la maladie d'Addison, l'hypersurrénalisme médullaire, l'hyperinsulinisme, les états thymicolymphatiques, les diverses affections du système génital, l'insuffisance pluriglandulaire et la sclérodermie sont ainsi étudiés successivement à la lumière de nombreuses observations personnelles illustrées de 168 figures photographiques, radiographiques et schématiques qui rendent chaque chapitre de ce livre aussi vivant qu'une leçon au lit du malade. Pour chacun de ces syndromes, plusieurs glandes peuvent être en cause conjointement ou séparément. Tantôt le trouble glandulaire est primitif, tantôt il est secondaire à une perturbation périphérique du sys-

tème de régulation hormonal, cette perturbation pouvant porter sur l'équilibre ionique, sur le système neuro-végétatif ou sur les actions inter-glandulaires. Le clinicien devra toujours préciser ce point par l'examen approfondi de chaque cas.

Cet ouvrage se recommande à l'attention des praticiens par l'esprit clinique qui l'inspire et les renseignements pratiques qu'il contient, ainsi que par sa théorie des régulations hormonales qui seule peut s'adapter à l'infinie diversité des cas cliniques.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA PAROTIDE

Reconnaître l'origine parotidienne de la lésion.

Préciser à son égard les indications thérapeutiques.

Tel est le double problème diagnostique que posent les tumeurs parotidiennes. La solution du premier paraît cliniquement aisée.

Pour le second, on se heurte fréquemment à l'impossibilité de définir la nature tumorale. Aussi bien, en dehors des cas très évolués, il ne semble y avoir aucun rapport constant entre l'histologie et la clinique, d'où la règle de plus en plus admise de pratiquer toujours une ablation totale ou subtotale de la glande avec recherche des ganglions — l'examen histologique ultérieur pouvant seul préciser la nature bénigne ou maligne de la lésion.

Le malade, plus souvent un homme, vient en règle consulter pour une tuméfaction de la région parotidienne, isolée, silencieuse, dont seule l'augmentation de volume a pu l'inquiéter.

Le premier soin consiste à éliminer les **tumeurs non glandulaires** de la région parotidienne. Une palpation méthodique y parviendra presque toujours.

— Tantôt, c'est une petite tuméfaction arrondie, ferme, indolore, soulevant les téguments, inséparable de la peau, qu'on ne peut faire glisser, ni plisser à sa surface. Il s'agit d'un *kyste sébacé*.

— Tantôt, la tuméfaction, chronique, dure, arrondie, de moyen volume, est nettement prétragienne, mobile sous la peau et sur la profondeur. On pensera à une *adénite*, surtout si dans le voisinage se trouvent d'autres petits ganglions. Il peut s'agir souvent d'adénite tuberculeuse.

— Parfois, la tuméfaction prétragienne est mollasse, pseudofluctuante, lobulée, faisant penser au *lipome*.

— Enfin, chez un enfant, une petite tumeur molle, souscutanée, partiellement réductible, augmentant de volume au moment des efforts et des cris peut être un *hémangiome*, ou un *lymphangiome* parotidien. Le premier, de coloration bleuâtre; le second, sous une peau normale. Tous les deux justiciables d'un traitement par les R. X ou le Radium.

Ainsi, par élimination, est-on parvenu au diagnostic des **tumeurs vraiment parotidiennes.**

Insistons sur le fait qu'il s'agit pratiquement toujours de lésions unilatérales chroniques, développées en l'absence de tout signe infectieux, fébrile, voire douloureux, ce qui permettra d'écarter

— Les lésions inflammatoires de la glande: *parotidites* subaiguës ou chroniques dont on retrouvera souvent l'épisode aigu douloureux par l'interrogatoire.

Sachant bien qu'il s'agit de TUMEUR INTRAPAROTIDIENNE, nous distinguerons pour la clarté de l'exposé.

D'une part les tumeurs de petit volume, nettement au début de leur évolution; d'autre part, les tumeurs plus évoluées, plus volumineuses ou plus anciennes pour lesquelles l'essentiel sera de dépister la transformation ou la nature malignes.

Tumeurs de petit volume :

En présence d'un petit nodule arrondi, situé en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur, au-dessous du lobule de l'oreille, lésion isolée, silencieuse et découverte un jour par le malade, le diagnostic de fréquence est celui de :

A. — Tumeur mixte.

Classiquement, la tumeur mixte est ferme, de consistance élastique, indolente, assez régulière en surface, ou légèrement bosselée, mobilisable sous la peau qui est normale et sur les plans profonds. Elle n'entraîne aucune douleur spontanée, ne s'accompagne d'aucun trouble moteur du facial et ne détermine ni troubles vasculaires, ni gêne de la mastication.

Si la découverte d'une telle lésion date de quelques mois, le malade pourra dire que l'évolution a été progressive, imperceptible, absolument indolente.

La palpation ne décèle aucun ganglion au niveau des régions sous-maxillaire et cervicale.

Le toucher buccal toujours pratiqué permettrait parfois de palper, saillant sous la muqueuse, le prolongement pharyngien de la parotide — rarement seul atteint.

L'examen, négatif par ailleurs, permet avec une grande vraisemblance de conclure au diagnostic de tumeur mixte.

Une telle dénomination définit classiquement la tumeur, comme faite d'une association d'éléments conjonctifs et épithéliaux, et évoluant en deux stades successifs de bénignité, puis de malignité.

Des travaux récents ont apporté quelques correctifs au schéma classique. Il semble aujourd'hui acquis que les tumeurs mixtes ne présentent pas toujours le polymorphisme que suppose leur nom — qu'elles ne sont pas toujours nettement capsulées, et qu'elles sont loin d'être toujours histologiquement bénignes.

La preuve en est que certaines tumeurs, bénignes d'allure, peuvent se montrer légèrement adhérentes à la peau en un point limité, ou difficiles à dégager lors de l'intervention notamment au niveau de la loge postérieure.

Inversement, on voit des épithéliomas revêtir tous les caractères reconnus classiquement aux tumeurs mixtes : évolution lente, sans poussée, encapsulement apparent.

On sait enfin que ces tumeurs mixtes peuvent récidiver, donnant soit une tumeur de type identique à la lésion primitive, soit une formation à dégénérescence maligne rapide, soit même indirectement à un epithélioma.

Toutes ces raisons justifient aux yeux de nombre d'auteurs l'extirpation totale ou subtotale de la glande, avec recherche des ganglions au lieu de pratiquer la simple énucléation sur la foi des signes cliniques et la constatation d'un clivage relativement aisé.

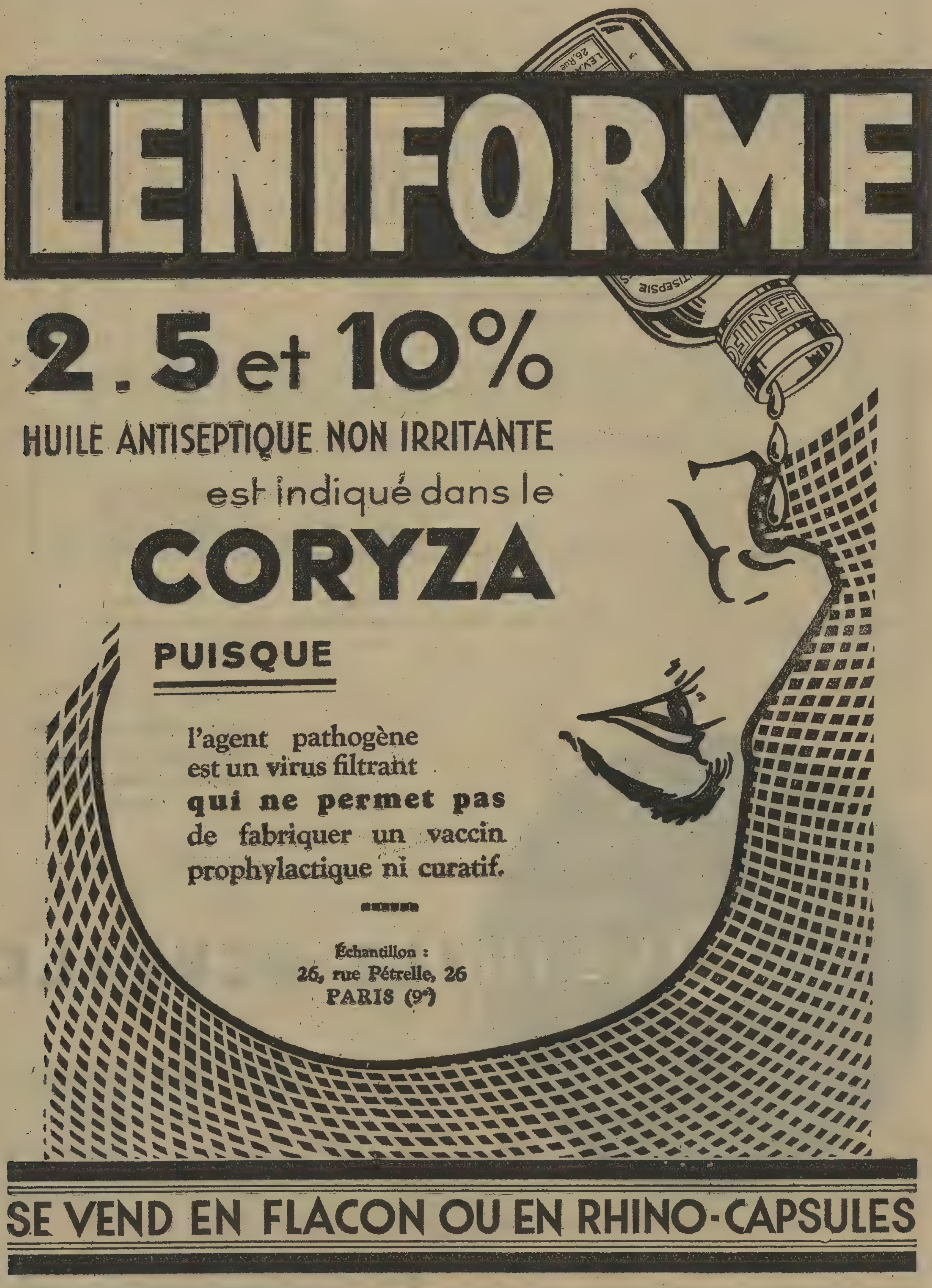
Dans tous les cas, l'intervention systématique est une règle absolue à cause de la menace d'une dégénérescence maligne.

L'intervention sera pratiquée à l'aide d'une incision horizontale, qui ménagera les branches du facial, recourant au besoin pour la dissection des branches nerveuses, à la resection de la mastoïde, ou du rebord postérieur du maxillaire.

(A suivre.) JACQUES REIGNIER.

Le directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N° 16. — SAMEDI 25 FÉVRIER 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.

Les tumeurs nerveuses du cou, par M. Etienne CURTILLET (d'Alger).

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE.

Les vitamines et le codex de 1937, par M. L. BABONNEIX.

CHRONIQUE.

Le cinquantenaire de l'Association de la Presse médicale française, par F. L. S.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de biologie. — Société de neurologie. — Société de pédiatrie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris à la Commission de la santé publique de la Chambre des Députés, par M. Maurice MORDAGNE.

LIVRES NOUVEAUX.

PRATIQUE MÉDICALE.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat (oral).*

Séance du 20 février 1939 : MM. Démétriadès, 23 ; Edelmann, 12 ; Polliot, 18 1/2 ; Mlle Corre, 23 ; MM. Flabeau, 16 ; Léger (Michel), 12 ; Alloteau, 13 ; Hébert (André), 25 ; Koskas, 21 ; Haguin, 22.

Questions : Formes cliniques et diagnostic des insuffisances mitrales. — Signes, diagnostic de la coxalgie avant la période des abcès et des luxations.

Séance du 21 février 1939 : MM. Galand (M.), 16 ; Caufment, 26 ; Bastin (R.), 21 ; Rosey, 11 ; Renault (P.), 27 ; Galmiche, 21 ; Mlle Monghal, 19 ; M. Bouche, 21 ; Mlle Granier, 18 ; M. Roman, 21.

Questions : Signes et diagnostic de l'aortite syphilitique, à l'exclusion de l'anévrisme. — Signes, complications et traitement des hémorroïdes.

Séance du mercredi 22 février : MM. Durupt, 17 ; Vila, 15 ; Mayaud, 20 ; Delatour (Jacques) ; Tourneville, 22 ; Mlle Lasry, 24 ; MM. Bourdin (Jacques) ; Enel, 15 ; Prochiant, 21.

Questions : Panaris de l'index. Diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Christy.

Le poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Adnes.

Distinctions honorifiques. — Le professeur G. Portmann et le docteur J. M. Eylaud ont été nommés commandeurs du Christ de Portugal.

Le professeur Pierre Mauriac, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, a été nommé chevalier de l'ordre royal du Mérite cultural de Roumanie.

Le docteur Henri Fischer, de Bordeaux, a reçu le Nicham-el-Anouar.

M. le professeur Lambret, de Lille, a été nommé commandeur de l'ordre de Léopold de Belgique.

Guerre. — M. le médecin général-inspecteur Normet a été placé à compter du 21 février dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de Santé militaire des troupes coloniales.

Belgique. — L'Association de la Presse médicale belge va fêter dans quelques jours son quinzième anniversaire. Les membres de l'Association de la Presse médicale française, sœur aînée du très actif groupement belge, ne manqueront pas de s'associer cordialement à la juste fierté de leurs confrères de Belgique.

Italie. — Notre excellent confrère *Minerva medica*, le grand périodique médical de Turin, dirigé par notre confrère M. J. Oliaro, célèbre cette année le trentième anniversaire

de sa fondation. Nous sommes heureux de lui adresser nos vives félicitations.

Roumanie. — M. le professeur C. Michailesco (de Bucarest) est nommé directeur de l'Académie d'Éducation physique, où il occupait déjà la chaire de physiologie. Il est aussi le président de l'A. A. I. L. (Association des Anciens Internes de Levallois), groupement des anciens internes de l'hôpital Notre-Dame du Perpétuel Secours où, depuis le regretté Paulesco, a été maintenue sans interruption la tradition d'assistants roumains, qui, tous, retournés dans leur patrie, conservent avec la médecine française des liens étroits.

Un manifeste de l'Union médicale balkanique. — *L'Union médicale balkanique*, qui se réunit périodiquement dans l'une des capitales des Balkans, vient de lancer, d'Istanbul, un manifeste adressé à tous les médecins.

Prenant en considération les terribles souffrances que la guerre totale prépare aux populations civiles des villes ouvertes, l'*Union* s'adresse aux confrères du monde entier. Elle constate que le projet des villes sanitaires n'a pas encore été adopté et que tous les efforts contre la guerre chimique sont restés vains. L'*Union médicale balkanique* demande aux confrères de réveiller et d'émouvoir l'opinion publique.

XIIIe Bal de la Médecine française. — Le samedi 4 mars, à 22 heures, au profit des orphelins et des veuves du corps médical, sera donné le XIIIe Bal de la Médecine française, dans les salons du Centre Marcelin Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, sous la présidence effective de M. Albert Lebrun, Président de la République.

De nombreuses attractions animeront cette fête, désormais classée comme une des grandes manifestations artistiques de l'année. Au programme du spectacle : *Images du Sud marocain*, film en couleurs du docteur Vernier. La Société des Instruments anciens, sous la direction d'Henri Casadesus, avec Lucienne Tragin, soprano. La danse à travers les âges, réglée par Léo Staats, de l'Opéra, orchestre sous la direction d'Ernest Guillou.

De nombreux orchestres se feront entendre au cours de cette soirée : Fernand Bouillon et son jazz, l'orchestre tango Manuela, le jazz-hot Johnson. A minuit, souper romantique par petites tables sous la direction de Mme Henri Labbé et du docteur Édouard de Pomiane, animé par Louis Arnoult, Jane Montange, de l'Opéra-Comique, et l'orchestre féminin du Viel.

Prix des cartes : Bal et spectacle, 60 francs ; étudiants, 35 francs. Bal seul, 40 francs ; étudiants, 25 francs. Souper (champagne compris), 100 francs. La carte complète (bal, spectacle, souper), 160 francs.

S'adresser à la Société F. E. M., 60, boulevard de La Tour-Maubourg. Invalides 55-90.

COURS

Cours de parasitologie et histoire naturelle médicale (professeur : M. E. Brumpt). — M. le professeur G. Lavier, de la Faculté de Médecine de Lille, chargé d'enseignement, reprendra le cours de parasitologie et histoire naturelle médicale (2e semestre), le jeudi 2 mars 1939, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Un cours d'hygiène scolaire et d'éducation physique, en vue de la préparation aux fonctions de médecin-inspecteur des écoles, et de l'obtention d'un diplôme universitaire, s'ouvrira le 2 mars prochain sous la direction du professeur Tanon, et de MM. Chailley-Bert, Cambessedès et Lestoquoy.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté de Médecine. Droits : 400 francs.

CHRONIQUE

LE CINQUANTENAIRE DE L'ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

L'Assemblée générale de l'Association a eu lieu le 16 février 1939 sous la présidence de M. le professeur Loeper. Quarante-cinq membres étaient présents parmi lesquels les professeurs Hartmann et Fiessinger, MM. Milian, Devraigne (de Paris), MM. les professeurs Portmann et Cruchet (de Bordeaux), Minet (de Lille), Hamant (de Nancy).

M. Loeper remercia les provinciaux de la fidélité avec laquelle ils se joignent à leurs collègues de Paris. Il adressa un souvenir ému aux disparus, Pamart et Louis Destouches, il félicita enfin M. Milian de son élection à l'Académie de médecine. Puis retraçant la vie de l'Association pendant l'année écoulée il exprima les regrets de tous à Gardette qui vient de prendre sa retraite de secrétaire général et il rappela le dévouement et l'activité déployés en toutes circonstances par notre ami.

Par une heureuse coïncidence l'Association se réunissait au moment même du *cinquantenaire* de sa fondation.

L'Association fut, en effet, fondée en février 1889 par V. Cornil, Cézilly et de Ranse. Elle comptait alors seulement une trentaine de membres, elle en groupe aujourd'hui cinq fois plus. M. Lœper proposa en terminant de célébrer ce cinquantenaire au printemps prochain.

La parole est donnée alors au trésorier, M. Baillière, qui expose la situation de l'Association, situation prospère en dépit de toutes les charges qui pèsent sur ses membres, M. Baillière est fort applaudi.

On procède ensuite aux élections : A l'unanimité M. Crinon est élu membre du Conseil et secrétaire général. MM. Pierra et Gardette sont nommés secrétaires généraux honoraires.

Le remerciement de M. Crinon fut un exposé très substantiel et d'une très belle tenue des travaux de ses prédécesseurs. Avec sa grande expérience du journalisme, avec son jugement très sûr, M. Crinon passa en revue nos besoins actuels. Il fut acclamé par l'auditoire.

F. L. S.

NÉCROLOGIE

— M. Hubert Parisis, externe des hôpitaux de Lille, aide d'anatomie à la Faculté libre, interne titulaire à l'Hôpital Saint-Philibert.

REVUE GENERALE

LES TUMEURS NERVEUSES DU COU

Par M. ETIENNE CURTILLET (Alger)

Historique. — Les premières observations de tumeurs nerveuses du cou connues sont celles de Bignardi (1831) et Bruns (1871) de tumeur du pneumogastrique ; et celle de Abbe (1898) de tumeur de la région rétro-carotidienne. Des cas isolés furent rapportés depuis, mais ce n'est qu'au cours des années récentes que l'intérêt s'éveille pour les tumeurs nerveuses en général et celles du cou en particulier. Les travaux de Dunn (1915), de Crile et Ball (1929), de Ch. W. Mayo et Barber (1934), de Masumi Shimizu (1932), de Mac Farland et Jappington (1935) permettent aujourd'hui d'en ébaucher une description d'ensemble.

Etiologie. — Ces tumeurs sont rares. Le nombre de cas publiés ne doit pas dépasser cinquante ou soixante. Nous avons relevé environ 19 cas de sympathomes et 35 de neuro-fibromes dont 17 publiés par Mayo et 12 au moins de tumeurs du nerf vague.

Elles peuvent se rencontrer à tout âge ; les sympathomes plus souvent chez de jeunes sujets ; les tumeurs nerveuses périphériques chez l'adulte (Mayo donne l'âge moyen de 34 ans). Les deux sexes sont frappés, mais les tumeurs sympathiques sont beaucoup plus souvent rencontrées dans le sexe féminin.

Mayo et Barber, d'après de nombreuses observations, croient au rôle possible d'une hérédité tumorale dans l'apparition des neuro-fibromes.

Histogenèse. Classification. — Les tumeurs nerveuses du cou sont de deux sortes.

1° *Les tumeurs des nerfs périphériques.* Développées à partir des gaines de Schwann de nerfs ou de filets nerveux, ce sont des *neurofibromes* ou *gliomes périphériques.* Elles peuvent donc apparaître en n'importe quelle région du cou et être soit isolées, soit multiples, soit associées à une neuro-fibromatose généralisée (maladie de Recklinghausen). On conçoit qu'elles peuvent trouver naissance non seulement dans les nerfs cérébro-spinaux, mais aussi dans les nerfs sympathiques. Bénignes le plus souvent ces tumeurs peuvent aussi être malignes.

2° *Les tumeurs du sympathique.* Elles se développent à partir de la chaîne sympathique et surtout des ganglions (supérieur, moyen et inférieur) et revêtent au cou les mêmes caractères qu'au thorax ou à l'abdomen. Ces deux localisations sont d'ailleurs de beaucoup les plus fréquentes, puisque Wilmoth, Bertrand et Patel relèvent seulement 8 ganglio-neuromes cervicaux pour 22 thoraciques et 62 abdominaux ; Mac Farland et Sappington 17 cervicaux sur un total de 127 cas recueillis. Elles sont dues à la prolifération de cellules sympathiques embryonnaires non développées (sympathogonies) et peuvent de ce fait revêtir deux formes différentes selon que la cellule tumorale reste du type embryonnaire, *sympathome embryonnaire* ou *sympathoblastome,* ou bien subit une maturité évolutive complète pour prendre l'aspect de la cellule sympathique ganglionnaire : *ganglio-neurome.*

Elles peuvent aussi prendre naissance dans le conjonctif voisin de la chaîne sympathique. Le point de départ doit être alors dans des cellules sympathiques détachées au cours du développement et restées quiescentes dans les tissus.

Anatomie pathologique. — 1° *Tumeurs des nerfs périphériques : neuro-fibromes.* — Le point de départ est souvent sur des filets sans importance et la tumeur n'est en pratique qu'une tumeur du tissu conjonctif, soit sous-cutané, soit profond. Mais parfois la tumeur est développée sur un gros nerf du cou : l'hypoglosse (Mayo), le sympathique (Leclerc et Pont, Mayo et Barber) et surtout le pneumogastrique (douze cas au moins). Ces origines diverses expliquent que ces tumeurs puissent se rencontrer en tout point du cou : tissu cellulaire sous-cutané, région sous-maxillaire et plancher buccal, région carotidienne — à sa partie moyenne, derrière l'angle de la mâchoire (Leclerc et Pont) et à la base du cou se perdant derrière la clavicule (Crile et Ball).

Macroscopiquement les neuro-fibromes sont de forme arrondie ou oblongue, de volume variable — olive, noix, orange — de surface lisse, la plupart du temps encapsulés, de consistance ferme. Leur tranche de section est blanc jaunâtre et finement granuleuse. L'encapsulement manquait trois fois sur dix-sept cas de Mayo. Des ramollissements et des liquéfactions dégénératives peuvent se produire et dans un cas la tumeur était franchement kystique.

Histologie. — Les aspects sont ceux bien connus des gliomes périphériques : cellules allongées rubannées à cytoplasme finement fibrillaire, à noyau fusiforme prenant souvent une *disposition pallissadique* — caractère dominant qui résulte de la division cellulaire par clivage longitudinal. Par place les cellules se disposent en nodules, en tourbillons concentriques, ou encore sans ordre précis. La formation de collagène est fréquente (Masson), les vaisseaux nombreux. Les dégénérescences ne sont pas rares : aspect myxoïde qui conduit à décrire des myxomes ou fibro-myxomes des nerfs (Shimizu, Sporza) qui ne sont autre chose que des schwannonmes ; transformation kystique.

2° *Tumeurs sympathiques.* — On s'explique qu'elles siègent toujours dans les régions prévertébrales du cou puisqu'elles naissent de la chaîne sympathique ou de ses abords immédiats. En se développant elles refoulent devant elles le paquet vasculo-nerveux et le tractus viscéral. Leur situation en hauteur est variable, de la base du crâne au défilé cervico-thoracique. Le cas de Sommerfelt, de tumeur de la région sous-maxillaire fait exception ; la tumeur avait sans doute pris naissance dans le ganglion sous-maxillaire.

Ces tumeurs sont de volume variable pouvant atteindre celui d'une tête fœtale. Leur forme parfois régulière, arrondie ou oblongue est d'autres fois irrégulière du fait des résistances opposées à leur expansion.

Les sympathomes embryonnaires (sympathoblastomes), tumeurs très malignes, sont encapsulées au début de leur développement, puis secondairement *infil-*

trantes. De consistance molle, parfois diffluente, elles apparaissent à la coupe de teinte gris pâle, parsemées de zones jaunâtres et fréquemment hémorragiques. Elles métastasient. Au microscope elles se montrent constituées par des cellules petites, rondes, à noyau très riche en chromatine, avec nombreuses cinèses, assez semblables à des lymphocytes pour que ces tumeurs aient pu être longtemps prises pour des lympho-sarcomes. En fait elles sont reconnaissables à deux caractéristiques bien définies : 1) L'existence d'un feutrage fibrillaire ténu abondant et une disposition en rosette où les amas cellulaires se groupent autour d'un centre fibrillaire ; 2) La colorabilité des fibrilles par la méthode de Bielschowsky qui apporte la preuve qu'il s'agit de neurites.

Selon l'aspect général des coupes on a pu décrire un type fibrillaire et un type cellulaire.

Les ganglio-neuromes, tumeurs bénignes, sont *toujours encapsulés*, de consistance ferme, d'aspect blanchâtre à la coupe ; ils ne donnent pas de métastases. Au microscope on aperçoit des faisceaux de fibrilles nerveuses engainées par des cloisons issues de la capsule et des cellules nerveuses volumineuses à protoplasma clair, à noyau pourvu d'un fin réseau chromatinien et d'un nucléole central ; cellules isolées ou groupées, jamais en division. Fibrilles et cellules prennent électivement les colorants argentiques (Bielschowsky).

Certaines tumeurs réalisent un type intermédiaire où les deux aspects que nous venons de décrire coexistent (un cas de Crile et Ball). Elles sont dénommées *ganglio-neuromes malins*.

Symptômes. — Il est difficile de donner une description de ces tumeurs vu leur rareté.

Les neuro-fibromes se développent lentement et l'évolution est déjà ancienne de plusieurs années lorsque le malade consulte. Dans la moitié des cas il existait quelques douleurs, légères d'ailleurs, et la plupart du temps ce fut la seule présence persistante et disgracieuse de la masse qui conduisit le malade au chirurgien.

Située en général dans la région sous-maxillaire ou dans la région latérale du cou, la tumeur est régulière, rarement nodulaire, assez dure, bien limitée, mobilisable. Elle peut être de consistance mollasse pseudo-fluctuante — en cas de dégénérescence myxomateuse ; ou même fluctuante — en cas de transformation kystique. Trois fois sur dix-sept cas de Mayo elle était fixée et prenait un aspect de malignité.

Dans le cas de Leclerc et Pont la tumeur développée dans la région latéro-pharyngienne et saillante derrière l'angle de la mâchoire était aussi explorable par la bouche : elle provoquait une importante saillie du pilier postérieur du voile et de la paroi latérale du pharynx ; la muqueuse était mobile sur la tumeur.

Les troubles dans le domaine du nerf atteint sont très rares, même lorsque le nerf est moteur. On a pu noter un syndrome de Claude Bernard-Horner dans une tumeur du sympathique ; des accès de toux et des troubles de la voix dans des tumeurs du vague. Ces signes peuvent n'être pas spontanés et apparaître lors de la palpation et de la mobilisation de la tumeur.

L'évolution est extrêmement lente et les malades plus d'une fois étaient porteurs de la tumeur depuis plus de vingt ans.

Les tumeurs sympathiques lorsqu'elles sont bénignes — *ganglio-neuromes* — se développent aussi lentement et remontent à plusieurs années quand le malade consulte. Leurs caractères sont ceux d'une tumeur bénigne : tumeur régulière, de consistance plutôt ferme, voire dure, homogène, encapsulée ; leur mobilisation peut être douloureuse, et ceci mérite de retenir l'attention. Elles refoulent les éléments vasculo-nerveux et viscéraux en avant et en dehors d'elles.

Lorsqu'elles siègent très bas, elles sont autant thoraciques que cervicales, leur pôle inférieur ne peut être exploré. Dans ce cas une radiographie permet seule d'apprécier l'importance exacte de la tumeur.

Les sympathomes embryonnaires diffèrent des tumeurs précédentes par leur apparition dès le jeune âge, leur accroissement rapide, leur allure maligne semblable à celle d'un lympho-sarcome et leur pronostic sombre.

Diagnostic. — Ces tumeurs nerveuses du cou ne sont pas diagnostiquées cliniquement. Certains signes cependant doivent y faire songer : troubles nerveux (sympathiques, de la voix), — siège prévertébral, — évolution très lente.

Au cas rarissime de tumeur kystique l'erreur est fatale et l'on dira *kyste branchial* ou *kyste de thyroïde latérale aberrante*.

En pratique la tumeur est solide. De très nombreux diagnostics sont discutés. On saura éliminer celui d'*adénopathie métastatique* et *même primitive* encore que celle-ci puisse être isolée ; celui de *tumeur thyroïdienne aberrante* dont la consistance est irrégulière et le volume soumis à des variations. Mais rien ne permet de rejeter ceux des autres tumeurs bénignes du cou : *lipomes, fibromes*.

Lorsque la tumeur a des caractères de malignité l'erreur est presque fatale avec *branchiomes, tumeur thyroïdienne aberrante maligne* ou *lymphosarcome*.

Lorsque la tumeur est cervico-thoracique on aura tendance à dire *goître rétro-sternal*. Il importe alors de se souvenir que le goitre est prétrachéal ; si la clinique et la radiographie montrent le siège rétro-trachéal de la tumeur on devra suspecter fortement le ganglio-neurome.

En général le diagnostic n'est fait que plus tard. En cours d'intervention, si la tumeur apparaît interposée sur un gros nerf (sympathique, pneumogastrique) ; après l'intervention si des signes d'interruption nerveuse complète se manifestent (aphonie, paralysie d'une corde vocale en cas de tumeur du vague) ; plus tard enfin (cas habituel) par l'examen histologique.

Traitement.— Seul le traitement chirurgical est de mise. Il semble avoir été appliqué dans tous les cas.

Les difficultés opératoires, lorsqu'il y en a, proviennent, non de la nature mais du siège de la tumeur : base du crâne, base du cou.

D'une façon générale le pronostic opératoire est bon. Il est parfois assombri par des signes d'inter-

ruption nerveuse (tumeur du vague et du grand hypoglosse).

BIBLIOGRAPHIE

G. W. CRILE et R. P. BALL. — Tumeurs nerveuses primitives du cou et du médiastin. Trois cas. *Surg. Gyn. a. Obst.* 1929, t. 48, p. 449-460, 15 fig.

Ch. W. MAYO et K. W. BARBER. Neuro-fibrome cervical. *Surg. Gyn. a. Obs.*, t. 59, 1934, p. 671-678.

MASUMI SHIMIZU. — Sur un myxome du cou avec paralysie récurrentielle. *Zentr. f. Chir.*, t. 59, 1932, p. 786-789, 2 fig.

LECLERC et PONT. — Un cas de maladie de Recklinghausen avec tumeur majeure siégeant dans l'espace maxillo-pharyngien et provoquant des troubles dans le domaine du sympathique cervical. *Rev. d. Chirurg.*, p. 735-737, 1932

VÉNOT. — Tumeur primitive du pneumogastrique (fibrosarcome). Résection du pneumogastrique. Guérison. *Soc. de Chir.*, 1907, p 679.

SEMEL. — Ein tumor des Nervus Vagus. Extirpation. *Heilung. Beitr. z. Klin. Chirur.*, t. 73, 1911, p. 50.

CUTLER et GROSS. Neuro-fibromes et neuro-sarcomes des nerfs périphériques. *Arch. o. Surg.*, t. 33, 1936, pages 733-779, 32 fig., in *J. de Chir.*, mai 1937, p. 734.

DOBRZANIECKI et STANKIEWICZ. — Tumeur du cou et du médiastin antérieur de provenance sympathique. (G. N.). *Jour. de Chir.*, 1936 (2), p. 785.

MAC FARLAND et SAPPINGTON. — Un ganglioneurome du cou chez une enfant. *Am. J. of Path.*, mai 1935, t. II, pages 429-449, 3 fig.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas de Phono-Cardiographie clinique, par A. CALO, assistant étranger à la Faculté de Médecine de Paris. Préface du professeur A. Clerc. Un volume de 104 pages, avec 150 figures. Prix : 60 francs. Masson, éd., Paris.

L'inscription des bruits du cœur commence à peine à entrer dans la pratique courante, car l'imperfection, la fragilité et le coût des premiers appareils et la difficulté d'obtenir des tracés bien lisibles avaient réservé pendant plus de trente ans la phonocardiographie aux centres scientifiques pouvant disposer d'un important matériel et d'un personnel spécialisé.

Depuis environ dix ans l'on peut dire qu'il n'est presque pas de chapitre de la cardiologie ou la phonocardiopathie n'ait apporté des précisions utiles aux signes d'auscultation déjà connus ou découvert de nouveaux phénomènes sonores que la sensibilité limitée de notre oreille était incapable de déceler.

Afin de démontrer le caractère pratique de cette méthode et pour souligner les avantages qu'elle peut apporter à la clinique, l'auteur de ce livre a réuni un certain nombre de phonocardiogrammes enregistrés chez des sujets normaux et chez des malades atteints de cardiopathies les plus diverses; dans cet esprit, il a fait précéder chaque tracé de l'histoire clinique du sujet et de son orthodiagramme, le tout venant ainsi constituer une étude complète de chaque cas.

L'exposition de la méthode, appareils et technique et la description des résultats que l'on peut en obtenir constitue deux chapitres préliminaires nécessaires pour l'interprétation des tracés. L'ouvrage comprend également une bibliographie.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

LES VITAMINES ET LE CODEX DE 1937

par M. L. BABONNEIX,
Médecin du service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

Les vitamines, qui ne figuraient pas aux Editions précédentes du Codex, occupent, dans la dernière, une place importante (1). Du chapitre qui leur est consacré, détachons les données qui peuvent intéresser le médecin d'enfants, en réservant pour d'autres articles les notions pratiques qu'il lui est indispensable d'acquérir.

Les vitamines, dit le Codex, sont des principes immédiats contenus dans les tissus animaux et végétaux en quantité variable, mais généralement très petite, et dont l'apport par la ration alimentaire est, pour les animaux, aussi indispensable que celui des substances énergétiques et plastiques : sans elles, le développement et la reproduction des animaux se trouvent arrêtés.

L'absence d'une vitamine déterminée, dans le régime alimentaire d'un animal convenablement choisi, provoque, chez celui-ci, une « avitaminose », c'est-à-dire une maladie dont l'évolution et les symptômes sont spécifiques de cette carence en vitamines.

Les diverses avitaminoses peuvent être réalisées expérimentalement en soumettant les animaux de laboratoire (rat, cobaye, pigeon) à des régimes qu'on a privés de telle ou telle vitamine par des moyens appropriés.

Les vitamines les mieux connues actuellement sont la vitamine A (liposoluble de croissance ou antixérophtalmique), les deux vitamines B, toutes deux hydrosolubles, l'une, antibéribérique (B^1), l'autre, pour l'utilisation des glucides (B^2) ; la vitamine C (hydrosoluble antiscorbutique) et la vitamine D, antirachitique.

Quelques-unes sont officinales, notamment A, C et D. On les utilise, le plus souvent, sous forme de solutions aqueuses ou huileuses, les unes, injectables, les autres, administrables par la voie buccale. Divers aliments et quelques drogues végétales ou animales, comme l'huile de foie de morue, sont riches en diverses vitamines et leur valeur thérapeutique ou alimentaire est due, en grande partie, aux vitamines qu'elles renferment.

VITAMINE A (*Vitamina A*)

Elle se trouve en quantité notable, à côté de la vitamine D, dans diverses huiles d'origine animale, notamment dans l'huile de foie de morue.

Elle se forme dans l'organisme par oxydation avec scission de certains carbures, les carotènes α et β, très répandus dans les végétaux, qui se comportent aussi comme des provitamines A et qui peuvent, par suite, être utilisés en thérapeutique. Une molécule de carotène ($C_{40}H_{56}$) se dédouble en deux parties égales, fixant une molécule d'eau, pour donner une molécule de vitamine A.

C'est un alcool primaire de formule $C_{20}H_{30}O$, à cinq liaisons éthyléniques conjuguées : aussi est-il très facilement oxydable. Elle présente, dans l'ultra-violet, un spectre d'absorption caractéristique, sans structure fine et dont le maximum d'absorption est situé à 3280 Å (2).

Elle présente des rapports de constitution très étroits avec les carotènes α et β. Le carotène β, dont les caractères chimiques sont rigoureusement définis et la stabilité suffi-

(1) *Codex medicamentaricus gallicus*, Rennes, 1936-1937, in-8, II, p. 1103-1114.

(2) Å : angström, unité de longueur qui vaut un cent millionième de centimètre.


PANVITA
VITAMINOTHÉRAPIE
INTÉGRALE
SOLUTION DES VITAMINES LIPOSOLUBLES A.D.E
1
SOLUTION DES VITAMINES HYDROSOLUBLES B ET C
2
PANVITA
VITAMINOTHÉRAPIE INTÉGRALE
MÉDICATION DE CROISSANCE ET D'ÉQUILIBRE
THÉRAPEUTIQUE ANTI-INFECTIEUSE
A. DEFFARGE
DOCTEUR EN PHARMACIE
188 COURS DE LA SOMME
BORDEAUX

sante, a été choisi comme étalon international pour le dosage de la vitamine A dans les préparations qui le contiennent ou qui contiennent des provitamines A. 0.6 γ de cet étalon de carotène β représente une unité internationale de vitamine, ce qui correspond à l'activité que possédait un γ (1) de l'étalon 1931, constitué par un mélange de carotène β et α plus ou moins purifiés. Il faut environ 3 à 4 γ de carotène, soit 5 à 6 unités pour maintenir la courbe de poids chez le rat soumis à un régime avitaminé.

Passons sur les titrages biologique et spectrophotométrique et passons au carotène C^{40} H^{56}, le carotène officinal étant un mélange de deux isomères, les carotènes α et de carotène β. Il se présente sous formes de cristaux rouges solubles dans l'éther de pétrole, le chloroforme, le sulfure de carbone, le toluène et la benzine. Il est peu soluble dans l'éther éthylique ou dans les différents alcools.

Le *carotène* α cristallise, à partir de sa solution dans l'éther de pétrole, en prismes violets à reflets métalliques. Il possède le pouvoir rotatoire, grâce à la présence d'un carbone asymétrique dans un de ses noyaux cyclohexénique. Il fond à 174°-175°. Son spectre d'absorption dans le sulfure de carbone donne 3 bandes à 5100, 4780, 4460 Å

Le *carotène* cristallise sous forme de prismes hexagonaux dont le point de fusion lent est de 182°-183°, le point de fusion instantané, de 192°-193° au bloc Maquenne. Il est dépourvu de tout pouvoir rotatoire. Son spectre d'absorption dans le sulfure de carbone donne 3 bandes à 5210, 4840, 4520 Å. C'est lui qui a été choisi comme étalon international de vitamine A. 0,6 γ de ce carotène représentant une unité internationale. Cet étalon est délivré sous forme d'une solution huileuse renfermant, par gramme, trois dixièmes de milligramme de carotène B, soit 500 unités internationales de vitamine A.

L'activité du carotène officinal doit être contrôlée au point de vue de son action sur la croissance des animaux. Son activité doit correspondre à une unité internationale, soit à mille unités par milligramme. Il faut de 3 à 4 γ de ce carotène β pour maintenir la courbe de poids chez des rats soumis à un régime avitaminé.

Le carotène doit être conservé dans des tubes de verre scellés, dans lesquels on fait le vide et qu'on maintient à une température voisine de 0°.

Le laboratoire national de contrôle des médicaments délivre l'étalon de vitamine A.

VITAMINE C (*Vitamina C*).

Syn. — Acide 1-ascorbique. Acide cévitaminique, Cévitan. Cerion, Plenavit C. Redoxon. Vitamine antiscorbutique.

C'est le lactone de l'acide penta hydroxy-2-3-4-5-6 hexène-2-carbonique. Elle existe dans de nombreux végétaux frais (chou, citron, orange, piment). On peut l'obtenir seul en l'extrayant du fruit du piment, Capsicum annuum, où il existe en quantité importante (Szent-Gyorgii), soit par synthèse, à partir de la d-sorbite.

L'étalon international est constitué par l'acide 1-ascorbique pur et l'unité internationale de Vitamine C est représentée par 0,05 milligramme de cet étalon.

Il se présente sous forme de fins cristaux incolores, dont le point de fusion est à 189° avec décomposition, le point de fusion instantané, 192°. Il est soluble dans l'eau, l'alcool et l'acétone, jouit du pouvoir rotatoire, possède, en solution aqueuse, un spectre d'absorption caractérisé par une seule bande intense, avec un maximum à 2650. Il est doué de propriétés réductrices. Sa solution aqueuse au centième, additionnée d'un cristal de sulfate ferreux, donne une coloration violet intense.

(1) γ, unité de poids, égale un millième de milligramme.

Stable à l'air sec et à la lumière, il sera conservé dans des flacons en verre bien bouchés et dans un endroit frais. Ses solutions aqueuses se décolorent rapidement.

VITAMINE D CRISTALLISÉE (*Vitamina D*).

Syn. — Calciférol, ergostérol irradié.

C'est une vitamine liposoluble qui se trouve, avec la vitamine A, en quantité notable, dans diverses huiles d'origine animale, notamment dans l'huile de foie de morue.

Par irradiation ménagée de l'ergostérol, on obtient une substance cristallisée, le calciférol, qui constitue la vitamine D cristallisée officinale. Le calciférol ainsi obtenu doit être soigneusement purifié, car il est accompagné de divers éléments ne présentant pas d'activité antirachitique ou qui sont toxiques (lumistérol, suprastérol, tachystérol).

Il ne possède pas de réactions spécifiques.

Il doit être conservé en ampoules scellées sous le vide ou dans un gaz inerte, à l'abri de la lumière, et, de préférence, dans un cryostat entre 2° et 3°.

Dangereux. — Tableau C.

La vitamine D sert à préparer un soluté huileux (*Solutum Vitaminae D cum oleo*), qui renferme dix mille unités internationales par cm^3 et doit être conservé en flacons pleins, parfaitement bouchés, à l'obscurité, dans un endroit frais et, si possible, au cryostat à 0°-2°.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1939.

Sur la « dysphylaxie » hépato-rénale à l'égard de l'infection colibacillaire. — M. HYACINTHE VINCENT a recherché les raisons qui expliquent l'insuffisance défensive du foie, des reins et de leurs conduits et réservoirs excréteurs à l'égard du *B. Coli.*

Cette « dysphylaxie » se manifeste par la localisation élective du colibacille dans ces viscères et leurs réservoirs, par la longue persistance de cette infection locale, par la réinfection fréquente, *in situ*, due au même microbe, après guérison complète et vérifiée bactériologiquement.

M. H. Vincent a constaté que cette dysphylaxie est due à ce que les anticorps, présents dans le sang, sont arrêtés au passage par les cellules sécrétrices du foie et des reins et ne filtrent pas dans la bile et dans l'urine. Ces liquides de sécrétions constituent un milieu nutritif suffisant pour le B. Coli. Le bacille s'y multiplie, dès lors, sans obstacle, la sensibilisatrice (et l'alexine) y étant absentes.

Cette particularité s'applique à tous les microbes du groupe coli-typhique.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1939.

Notice. — M. MILIAN lit une notice nécrologique sur M. BOINET (de Marseille), correspondant national dans la division de médecine, récemment décédé.

Contribution à l'étude de l'hypertension paroxystique du médullosurrénalome. — MM. W. BENSIS et A. CODOUNIS (d'Athènes) exposent en détail les données cliniques et anatomopathologiques, les recherches biologiques et les épreuves pharmacodynamiques qu'ils ont pu faire sur un cas très rare d'hypertension paroxystique dû au développement d'un médullosurrénalome gauche. Les auteurs croient

apporter une contribution importante à l'individualisation de cette maladie. Celle-ci touche à l'ensemble du problème de la pathogénie de l'hypertension artérielle et démontre le rôle essentiel, au moins dans les cas de l'hypertension paroxystique, joué par la surrénale et plus spécialement sa substance médullaire.

Traitement de l'appendicite aiguë. — M. WEINBERG lit une note sur la spécificité et l'évolution de la serothérapie de l'appendicite et de la péritonite appendiculaire.

Brucelloses. — MM. DUBOIS et SOLLIER montrent l'inefficacité de la législation sanitaire contre la brucellose et la nécessité de la vaccination préventive de l'homme en milieu infecté.

Prix de Monaco. — En comité secret, l'Académie discute le choix du sujet du Prix de Monaco (100.000 fr.) pour 1939 et le fixe sur : *la bio-énergétique*. Il semble, d'après toutes probabilités, que le bénéficiaire du prix soit, cette année, M. Jules Lefèvre, professeur honoraire de l'Université, à qui l'Institut d'hygiène alimentaire doit une instrumentation unique au monde pour l'étude du métabolisme basal.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1938.

Allergie et prémunition du cobaye après ingestion ou injection sous-cutanée de B.C.G. en suspension dans l'huile d'olive. — M. J. BRETEY a constaté que chez les cobayes vaccinés au B. C. G. par voie buccale, l'allergie est plus précoce et plus importante lorsque la suspension est faite dans l'huile d'olive, ce qui peut tenir au passage plus facile du bacille-vaccin à travers la paroi du tube digestif. Quand on injecte en un seul point une dose déterminée de B. C. G. sous la peau, le fait d'émulsionner les bacilles dans l'huile augmente nettement le degré de l'allergie et de la résistance contre une infection d'épreuve, par rapport à ce que l'on obtient par l'injection d'une suspension aqueuse. Mais si, sans changer la dose de cette dernière, on multiplie les points d'injection, l'allergie et l'immunité sont aussi accrues dans une certaine mesure.

Libération d'une substance histaminique à la suite de l'inhalation de vapeurs irritantes. — MM. G. VUGAR et M. BOLGERT ont constaté que l'inhalation de gaz toxiques détermine la libération d'une substance semblable à l'histamine chez les animaux qui doivent mourir par œdème pulmonaire.

Déviation du complément dans l'infection par le virus de la chorioméningite lymphocytaire. — MM. P. LÉPINE, P. MOLLARET et Mlle V. SAUTTER ont préparé un antigène avec le poumon hépatisé de cobaye ayant succombé à l'infection chorioméningitique. La réaction est spécifique et d'apparition précoce. Elle a été observée chez l'homme, le singe, le lapin, mais est restée négative chez le cobaye. Dans l'infection humaine, qui se traduit cliniquement par un syndrome méningé lymphocytaire, la réaction devient positive habituellement à partir du 11e jour de l'infection ; elle demeure fortement positive jusqu'au 132e jour, faiblement positive jusqu'au 172e jour; elle est toujours négative au delà du 199e jour. Les résultats de la déviation du complément ont permis de confirmer des diagnostics cliniques parallèlement à l'inoculation aux animaux et de suivre l'évolution de l'infection chez les malades. La réaction a été constamment négative avec le sérum de 64 sujets atteints d'affections diverses ou de syndrome méningé ne relevant pas du virus chorioméningitique.

Caractères différentiels des lésions pulmonaires produites chez le lapin par injection intratesticulaire de bacilles bovin ou humain morts, enrobés dans l'huile de vaseline. — MM. A. SAENZ et G. CANETTI. — L'inoculation intratesticulaire de bacilles tuberculeux morts enrobés dans l'huile de vaseline détermine chez le lapin des lésions pulmonaires très marquées, mais pourtant différentes selon qu'il s'agit de bacilles humains ou de bacilles bovins. Celles dues au bacille bovin sont énormes, caséifiées de manière massive, entourées d'infiltration hémorragique et souvent rapidement mortelles ; celles dues au bacille humain sont beaucoup plus petites, très peu nécrotiques, exemptes d'infiltration hémorragique et habituellement non mortelles. L'enrobage dans l'huile de vaseline suivi de l'injection intratesticulaire — conditions toutes deux indispensables — font donc apparaître, entre les bacilles bovin et humain morts, des différences de pouvoir pathogène nettement comparables, au moins quantitativement, à celles existant entre ces mêmes variétés de germes à l'état vivant. On peut en inférer que l'étendue des lésions produites chez le lapin par les bacilles humain et bovin vivants est étroitement liée à leur constitution et à leurs propriétés chimiques.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1938.

Réaction de la membrane chorio-allantoïde de l'embryon de poulet au B. C. G. — MM. L. COSTIL et F. BLOCH. — Le processus réaction de la membrane chorio-allantoïde de l'embryon de poulet à l'égard du B. C. G., bacille avirulent d'origine bovine, s'écarte nettement de celui observé avec les bacilles aviaires, humains et bovins virulents. Au lieu d'une réaction évolutive, diffuse avec le bacille aviaire, nodulaire avec le bacille des mammifères, on assiste avec le B. C. G. à une réaction constructive nodulaire avec tendance à la limitation des lésions.

Sur le papillo épithéliome de Shope. — A. PEYROU et G. POUMEAU-DELILLE étudient la signification des cellules claires et des inclusions observées dans le papillo épithéliome de Shope.

Les cellules claires de la couche de Malpghi, gonflées par l'œdème, présentent des inclusions intra-cyto-plasmiques, ayant les réactions diverses de la kératodryaline ; elles correspondent à une modification de l'appareil de Golgi. Ces inclusions ne représentent ni le virus ni une réaction cytoplasmique spéciale.

De la production de l'antitoxine tétanique chez le cheval. Son évolution au cours de l'hyperimmunisation. — MM. G. RAMON, E. LEMETAYER et L. NICOL. — L'emploi de l'anatoxine tétanique additionnée de tapioca, l'utilisation de chevaux antérieurement vaccinés contre le tétanos, ont permis la production beaucoup plus abondante qu'autrefois d'antitoxine spécifique.

On peut obtenir, après un mois d'immunisation, 7 injections et au total 1.300 cm³ d'antigène, des sérums antitétaniques titrant en moyenne 4.000 unités, les chiffres extrêmes allant de 1.600 à 10.000 unités. L'obtention de tels sérums présente un réel intérêt pour les applications thérapeutiques. On peut préparer une véritable solution d'antitoxine ne renfermant qu'une proportion minime de protéine sérique, qui peut être réduite encore par la purification. On peut, de cette façon, espérer diminuer les risques d'accidents sériques lors de la sérovaccination d'urgence du tétanos.

De la production de l'antitoxine diphtérique et de l'obtention rapide de sérum antidiphtérique de valeur antitoxique élevée, chez le cheval. — MM. G. Ramon et R. Richou.

Contribution à l'étude de la cryptorchidée expérimentale. — M. André Dufour réalise des lésions de cryptorchidée sur une série importante de rats blancs ; les lésions se traduisent histologiquement par la disparition des éléments normaux de la lignée terminale avec hyperplasie importante de la glande interstitielle.

La réparation de ces lésions a pu être obtenue par la réintégration des testicules dans le scrotum, lorsque l'ectopie n'a pas excédé 30 jours ; par contre, le maintien des testicules en ectopie au delà de 60 jours amène, semble-t-il, des lésions non réversibles.

Les altérations post-emboliques tardives de la circulation cérébrale. — M. René Cachera a étudié, sur le chien, les réactions vasculaires tardives provoquées par l'embolie cérébrale. Chaque expérience a comporté deux temps : embolie cérébrale aseptique d'abord (coton de verre pulvérisé introduit dans la carotide), puis après un délai variable, trépanation et observation microscopique des vaisseaux pie-mériens au moyen du hublot, selon la technique de Forbes et Wolff. L'intervalle entre la trépanation et l'embolie a varié de 1 à 123 jours.

33 chiens ont reçu une embolie ; 22 ont survécu, sur lesquels 19 ont pu être trépanés. Parmi ces derniers, l'examen au hublot a montré que 5 animaux ne présentaient pas d'anomalies vasculaires corticales ; 5 offraient dans le champ du hublot un ou plusieurs infarctus cérébraux ; 8 présentaient des spasmes artériolaires : séries d'étranglements annulaires étagés, segmentant le vaisseau et séparés par des zones de forte dilatation ; d'où l'aspect moniliforme typique de ces pasmes ; fait important, ceux-ci peuvent exister longtemps après l'embolie (35 jours dans l'un des cas); un animal, enfin, présentait à la fois des infarctus et des spasmes artériolaires. Un développement des anastomoses corticales a souvent été noté.

Ces expériences démontrent que le cerveau, rendu artificiellement pathologique, acquiert de façon durable des réactions vaso-motrices tout à fait différentes de celles du cerveau normal. Il peut se former, semble-t-il, sous l'influence d'une embolie, une sorte de capacité spasmogène des artérioles cérébrales, qui se révélera persistante, lors d'une simple trépanation, quelques semaines plus tard.

Influence des sels de testostérone sur l'élimination urinaire des principes gonadotropes. — MM. G. Laroche, H. Simonnet et E. Bompard ont étudié antérieurement l'influence de la folliculine et de la progestérone sur l'élimination urinaire des principes gonadotropes chez des femmes ovariectomisées ou ménopausiques, ont recherché l'influence de la testostérone dans les mêmes conditions.

L'hormone mâle exerce une action analogue, mais elle est moins intense que celle des hormones femelles ; d'autre part, l'action sur la prolanurie est moins constante et l'abaissement du taux des principes gonadotropes n'est pas parallèle à l'amélioration du syndrome clinique.

Recherches expérimentales sur la nature des antihormones. — MM. H. Simonnet et E. Michel ont préparé sur la lapine des sérums antigonadotropes au moyen de cinq extraits gonadotropes obtenus à partir de diverses sources (urine de femme enceinte, urine de femme ovariectomisée, sérum de jument gravide, lobe antérieur de cheval ou de bœuf). L'activité du sérum anti est étudiée sur la lapine au repos sexuel. Les résultats obtenus les amènent à discuter la spécificité des sérums et ils concluent dans ces conditions expérimentales à la possibilité d'une spécificité hormonale.

Allergies hémorragiques salivaires. — M. G. Sanarelli (de Rome) démontre que l'on peut reproduire chez les animaux des allergies hémorragiques caractéristiques, en employant, au lieu des antigènes bactériens habituels et comme antigène préparant et déchaînant, la salive humaine normale stérilisée.

Après 3 injections de salive pratiquées successivement dans les veines, à distance de 24 heures l'une de l'autre, les lapins meurent presque immédiatement de choc, et à l'autopsie on trouve de graves réactions hémorragiques, nécrotiques, humorales (sang dans le péritoine et hémorragies dans les divers viscères). Dans les poumons, les hémorragies acquièrent, à l'extérieur de l'organe, l'aspect de pétechies typiques lenticulaires. On peut obtenir aussi des réactions caractéristiques salivaires cutanées. La salive, décantée, par sédimentation spontanée, c'est-à-dire dépouillée de ses constituants morphologiques, n'est pas capable de produire des réactions allergiques. Par un traitement convenable, on peut obtenir chez les lapins une solide prémunition salivaire antiallergique.

Ascaridiose et phénomène de Sanarelli. — M. V. Vanni (de Rome) a utilisé l'application du phénomène de Sanarelli (allergie hémorragique) à l'étude de la pathogénie de l'ascaridiose. Il a sensibilité les lapins par des injections intradermiques de petites quantités de liquide célomatique d'ascaradies, filtré par bougie. Après 24 heures, il déchaînait la crise allergique en injectant, dans la veine marginale des lapins 3 cm³ du même liquide. Les animaux succombaient en présentant des violentes réactions de nature hémorragique, dégénérative et nécrotique. Il affirme que les symptômes de l'ascaridiose humaine ne seraient pas de nature toxique, mais de nature allergique.

Élection : M. Ferrard est élu membre titulaire.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

Séance du 10 novembre 1938.

Constitution histologique du pédicule hypophysaire et de la neurohypophyse. — M. Quercy.

Deux cas de paralysies du plexus brachial consécutives à la sérothérapie antigangréneuse. — MM. J. Lhermitte, L. Bour et Ajuriaguerra relatent deux nouveaux faits de complications nerveuses de la sérothérapie. Ainsi qu'il est de règle dans les paralysies post-sérothérapiques, les accidents survinrent entre le cinquième et le septième jour après l'application du sérum et, dans les deux cas, le syndrome s'accusa par des douleurs extrêmement vives, auxquelles succéda une impotence du membre supérieur droit. Rapidement, une amélioration de l'impotence se manifesta, tandis qu'apparaissait une amyotrophie portant sur le deltoïde, sur les sus et sous-épineux et sur le biceps brachial. Chez un des malades, l'atrophie musculaire persiste deux ans après l'application du sérum ; chez l'autre, la guérison est complète.

A noter que, si, chez un sujet, le sérum fut injecté sous la peau, chez l'autre celui-ci fut simplement appliqué sur la plaie opératoire ; d'autre part, dans aucun de ces cas, on ne put relever d'autre témoignage de la maladie sérique.

Un cas de membre fantôme par compression du plexus brachial. — MM. J. Lhermitte et Sebillotte présentent une femme atteinte d'une tumeur du sein accompagnée de masses ganglionnaires sus-claviculaires qui comprenaient

tous les troncs du plexus brachial et qui entraînaient une paralysie complète sensitivo-motrice. Or, cette malade est hantée par le sentiment de posséder un bras illusionnel, dont les positions et les mouvements ne correspondent en rien à ceux du membre réel. Fait curieux, l'application froide sur le creux sus-claviculaire permet à la malade de percevoir certaines excitations portées sur la main, alors que celles-ci ne sont pas senties sans cet artifice. Il y a là un effet analogue à la reviviscence du fantôme des amputés par excitation des nerfs du moignon.

Hypertrophie musculaire solitaire du nourrisson (syndrome de Debré-Semelaigne). — MM. DARRÉ, MOLLARET, ZAGDAM et Mlle MICHEL présentent un nourrisson de 6 mois qui n'a pas encore dépassé son poids de naissance (3 kg 700) et chez lequel on remarque une hypertrophie musculaire qui affecte non seulement presque tous les muscles de la vie de relation, mais aussi le diaphragme, la paroi gastrique, le sphincter anal. Cet enfant ne s'alimente qu'avec une grande difficulté et n'absorbe pas plus de 30 gr. de lait maternel en une demi-heure au moins. La peau, le pannicule adipeux sont atrophiés, la taille ne dépasse pas 30 cm.; l'ossification du squelette est retardée ; la température oscille entre 35° et 36° : le psychisme ne paraît retardé que faiblement. Il n'existe aucun signe neurologique par ailleurs, en particulier pas de lenteur manifeste de la décontraction musculaire, pas de reaction myotonique mécanique. La cuti-réaction est négative, et il n'existe aucune présomption familiale ni aucun signe humoral d'hérédo-syphilis.

Les auteurs rapprochent cette observation de celles qui ont été décrites par Debré et Semelaigne, et dans lesquelles l'opothérapie thyroïdienne détermine une amélioration considérable. Cette opothérapie va être commencée dans le cas présent.

Hypertrophie musculaire généralisée avec syndrome thomsénien. — MM. MOLLARET et SIGWALD présentent un adulte chez lequel se sont constitués rapidement, en août dernier, un syndrome myœdémateux, puis, le mois suivant, une hypertrophie musculaire qui affecte les mains, les membres inférieurs, les membres supérieurs et la face, et dont l'installation s'est accompagnée de crampes douloureuses. Le métabolisme basal est diminué de — 7 % à — 13 %. L'examen électrique, pratiqué par M. Bourguignon, montre un allongement considérable de la chronaxie de type myotonique, sur certains groupes musculaires, malgré l'absence de tout signe clinique de type myotonique. Le traitement thyroïdien va être entrepris.

M. GARCIN rappelle un cas analogue, qu'il a observé avec M. J. Bertrand.

Fracture spontanée du calcanéum chez un tabétique. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, H.-M. GALLOT et P. PAUGAM présentent un spécifique ancien, tabétique traité irrégulièrement, hospitalisé pour fracture spontanée du tiers postérieur du calcanéum droit.

Les signes orthosympathiques sont particulièrement nets au niveau de la fracture : rougeur locale, aspect pseudo-phlegmoneux, sudation intense, hyperthermie mesurée et localisée par la thermométrie cutanée électrique, augmentation légère de l'indice oscillométrique.

Ce malade présente, par ailleurs, une analgésie testiculaire absolue et bilatérale, de l'hypoesthésie des deux nerfs cubitaux, une inégalité pupillaire avec réactions photométriques paresseuses et quelques douleurs constrictives autour du genou droit. Les réflexes tendineux sont conservés. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Les auteurs insistent sur la lésion du tractus intermédio-latéral, qui semble l'emporter de beaucoup sur les lésions radiculo-cordonnales postérieures.

M. ALAJOUANINE remarque que le liquide céphalo-rachidien est habituellement normal chez les malades atteints d'arthropathies tabétiques.

M. BARRÉ, M. André THOMAS estiment qu'il est difficile de mettre en parallèle les troubles sympathiques observés cliniquement et les lésions possibles de la colonne intermédio-latérale.

Parkinsonisme et traumatisme périphérique. — MM. FAURE-BEAULIEU et FELD présentent une malade de trente-deux ans qui, à la suite d'une contusion simple mais violente du membre supérieur gauche, a accusé une impotence douloureuse diffuse de ce membre, puis un tremblement de la main et des doigts, et une rigidité parkinsonienne, donnant la roue dentée ; au membre inférieur, du même côté, existe le signe de la pédale. Il s'agit donc d'un syndrome hémi-parkinsonien gauche, dont la relation avec le traumatisme demande à être discutée.

Les auteurs estiment que, malgré la réaction qui, après la découverte de l'encéphalite épidémique, avait jeté la suspicion sur la genèse traumatique de la maladie de Parkinson, peut-être autrefois trop facilement admise, il y a lieu, dans certains cas, d'admettre cette filiation.

D'ailleurs, dans leur rapport au Congrès de Médecine légale de 1932, Naville et de Morsier ont pu réunir quarante-deux cas de cet ordre, et montrer qu'ils évoluent selon un schéma presque invariable, réalisé dans le cas présent.

La pathogénie de tels faits ne semble plus aussi difficile à concevoir depuis les notions nouvelles sur les processus chimiques de l'influx nerveux : on se représente aisément qu'une impression douloureuse persistante issue de la périphérie arrive à léser les centres par la « libération » prolongée de substances chimiques spécifiques.

MM. LHERMITTE, BARRÉ, BAUDOIN, André THOMAS, GUILLAIN émettent des réserves sur la légitimité d'un lien étiologique entre un traumatisme périphérique et un syndrome parkinsonien.

M. GUILLAIN relate deux cas, qu'il a observés personnellement, de syndromes parkinsoniens consécutifs à des commotions cérébrales. M. PEYRON en rapporte un analogue.

Ablation en bloc d'un abcès cérébral. — M. THIÉBAUT présente un jeune homme de dix-sept ans qui a été opéré le 1er juin dernier, d'un abcès frontal, dont les signes cliniques avaient débuté soixante-dix jours auparavant. Il s'agissait d'un abcès enkysté, pesant 100 gr., qui a pu être enlevé en bloc, sans drainage. L'opéré a quitté la clinique au bout de trois semaines, et il semble à l'heure actuelle complètement guéri.

Asymbolie tactile et hallucination du toucher dans l'atrophie de l'hémisphère gauche. — MM. J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA rapportent l'observation d'une malade âgée de soixante-douze ans, chez laquelle apparurent des sensations bizarres dans les mains, telles que la patiente prétendait que ses doigts étaient englués de colle. L'examen objectif montrait l'absence de déficit des différents modes de la sensibilité élémentaire et la conservation de l'identification primaire des objets, qui faisaient contraste avec l'asymbolie tactile. L'étude histologique du cerveau révéla l'existence d'une atrophie marquée du cortex et de la substance blanche centrale de la région pariéto-occipitale gauche, ainsi que la présence de volumineux kystes des plexus choroïdes. La première lésion rend compte de l'asymbolie, la seconde de l'hallucination du toucher passif.

Sur le phénomène de l'ascension du bras et sa valeur sémiologique. — MM. J.-A. BARRÉ et J. KABAKER (de Strasbourg) rappellent que, dans l'épreuve des bras tendus, pratiquée par les otologistes et par les neurologues, il arrive parfois qu'un bras ou les deux s'élèvent au lieu de rester

immobiles comme à l'état normal, de dévier latéralement comme chez les vestibulaires, ou de s'abaisser comme chez les pyramidaux déficitaires.

L'ascension, observée dès 1934 dans divers cas de tumeur du 3e ventricule, semble liée à certaines altérations de cette région et de la région pédonculaire. Les auteurs présentent l'observation d'un sujet qui avait un syndrome de Parinaud partiel et chez lequel on constatait l'ascension du bras et des troubles de l'équilibration dans le plan sagittal. Les réactions vestibulaires étaient normales. Ce cas confirme nettement ce que l'un des auteurs avait déjà avancé.

En outre, le mode spécial suivant lequel s'associe l'ascension du bras à divers autres troubles de l'équilibration permet de séparer plusieurs groupes cliniques en rapport avec la topographie haute, moyenne ou basse des lésions qui les ont provoqués.

M. André Thomas insiste sur l'intérêt que présente l'attitude du corps dans l'épreuve des bras tendus. Les déviations des bras observées peuvent s'accompagner ou non de déviations du corps.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 20 décembre 1938

Goitres acquis par deux frères en Haute-Savoie. — MM. Marcel Ombredanne et Le Jemble de La Hussaire présentent deux frères de 11 ans et 9 ans porteurs l'un et l'autre d'une hyperthrophie thyroïdienne diffuse d'apparition récente et simultanée au cours d'une année passée dans le village de Saint-Cergues-les-Voirons (Haute-Savoie). Presque tous les habitants du village sont porteurs de goitres et plusieurs enfants y ayant séjourné quelques mois cette année sont rentrés avec « de gros cous ».

L'alimentation des deux enfants présentés comportait, outre la viande, le poisson, les légumes cuits et le fromage, une grande abondance de salade crue; la boisson consistait en cidre pur l'hiver, en cidre coupé de moitié d'eau en été. Les enfants buvaient, en outre, très souvent entre les repas de l'eau de source.

Le traitement iodé a amené en deux mois une diminution presque complète des petits signes d'hyperthyroïdisme notés auparavant et une diminution très importante du volume du cou.

Sténose hyperthrophique du pylore opérée au cours d'un état lymphadénique fébrile chez un nourrisson vacciné au B.C.G. Adénite cervicale et cutiréaction positive à l'âge de 3 ans. — MM. Jeannin et de Girardier (de Dijon). Les auteurs posent la question de l'intervention possible du B.C.G. à l'origine de l'état lymphadénique fébrile qui rendait particulièrement délicat le traitement de la sténose pylorique.

Malgré l'importance des signes qui suivirent l'ingestion du B.C.G. l'immunité n'en a pas paru plus durable puisque l'enfant a présenté à 3 ans des signes d'infection bacillaire récente.

Un cas d'aphasie amnésique consécutive à une fracture du crâne chez une enfant de 7 ans. — M. de Girardier (de Dijon).

Un cas de maladie de Still provisoirement guéri. — M. Rohmer (de Strasbourg) communique un cas de maladie de Chauffard-Still ayant débuté à l'âge de 11 mois et chez lequel au bout d'une année d'évolution, à un moment où le petit malade était tombé dans un état de cachexie extrême, des injections systématiques de sulfamide (Prontosil) ont déterminé une amélioration rapide et continue : après trois mois de ce traitement l'enfant était pratiquement guéri et cet état se maintient depuis 16 mois.

Tout en faisant des réserves quant à l'évolution ultérieure possible, l'auteur appelle l'attention sur l'heureuse action de la sulfamide qui demanderait à être utilisée dans des cas analogues.

A propos de l'urographie intraveineuse chez les enfants. — MM. SORREL et MARCEL insistent, après avoir pratiqué plus de 500 urographies intraveineuses chez des nourrissons et des enfants, sur ce fait que ce procédé d'exploration à condition d'être correctement pratiqué, doit être le premier à être employé lorsqu'on soupçonne l'existence d'une affection des voies urinaires.

Ce n'est que lorsque l'urographie intraveineuse ne donne pas de renseignements suffisants qu'on est autorisé à employer les méthodes instrumentales qui ne sont pas exemptes de danger.

Etude clinique et anatomique de la macrogénitosomie précoce (*syndrome de Pellizzi*). — M. LHERMITTE.

Gangrène symétrique des extrémités chez un nouveau-né. — M. P. BARBÉ (du Mans) rapporte l'observation d'un enfant qui présenta quelques jours après sa naissance une gangrène symétrique à forme sèche atteignant quatre doigts de la main gauche, le pouce étant respecté, puis l'annulaire et l'auriculaire de la main droite.

L'enfant mourut le 20e jour, il s'agissait d'un débile ayant eu dès la naissance des troubles digestifs.

Anémie du type pernicieux avec hypogranulocytose chez un jeune enfant atteint de mégacôlon. — M. P. BARBÉ (du Mans) a observé un cas mortel d'anémie chez un enfant de 32 mois : le nombre des globules rouges s'abaissa à 670.000, il y avait absence presque complète d'éléments granuleux et mononucléose importante. Au cours de l'évolution de l'anémie, l'enfant présenta des troubles digestifs qui firent croire à une appendicite : l'intervention montra qu'il existait un mégacôlon et de nombreux ganglions dans les mésos.

L'auteur discute la nature de l'hémopathie qui peut être rapportée soit à une anémie pernicieuse, mais avec cette particularité d'une hypogranulocytose accentuée soit à une cryptoleucémie. Dans le premier cas on peut accepter un rapport avec la malformation intestinale, source de toxines hémolytiques, et l'anémie mortelle; dans le second cas, on ne peut que souligner l'existence d'une association dont les liens restent obscurs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS A LA COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

M. Maurice Mordagne, délégué permanent de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris, a exposé cette semaine devant la Commission de la Santé Publique de la Chambre des Députés le point de vue de l'Association Corporative sur la proposition de loi tendant au renforcement de la répression de l'exercice illégal de la Médecine dans l'intérêt des malades, et à la revalorisation des titres professionnels.

Cette proposition de loi qui est présentée par le Dr Cousin, ancien chef de clinique à la Faculté et député de Paris, vient à son heure. Un nombre considérable d'illégaux qui croît au fur et à mesure de l'envahissement de la France par un nombre de plus en plus nombreux d'étrangers exerce illégalement la médecine. M. Mordagne a appelé l'attention de la Commission sur une série de cas d'exercice illégal peu connus des Pouvoirs Publics, parce que habilement dissimulés aux investigations de la justice et de la police, mais bien connus de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris.

Parmi les illégaux, le délégué permanent a rappelé le nombre élevé d'Etudiants étrangers exerçant leur coupable industrie parce que, ne pouvant demander à l'Administration l'autorisation de faire des remplacements de médecins qui leur sont interdits, ils font ceux-ci à leurs risques et périls. Il y a là un *contrôle sévère à organiser* si l'on veut empêcher un tel abus. Tout acte médical accompli par un illégal est illégal : or le pharmacien accepte souvent l'ordonnance médicale de l'illégal dont il ignore la qualité, et la Justice, à son tour dans la même ignorance, accepte parfois le certificat médical d'un illégal, ce qui est un comble !

Un certain nombre de médecins, pourtant bons citoyens, accueillent chez eux des remplaçants ou des aides étrangers sans en informer les préfectures, se rendant ainsi coupables de complicité d'exercice illégal de la médecine.

Le délégué de l'Association Corporative a vivement insisté pour que l'usurpation des titres hospitaliers de chef de clinique de la Faculté, d'interne et d'externe des hôpitaux, comme celui d'assistant d'un service hospitalier soit aussi sévèrement réprimé que l'usurpation du grade de Docteur. Il a demandé, en outre, que le grade de docteur-dentiste qui pourrait prêter à confusion avec celui de docteur en médecine ne soit pas créé. Enfin M. Mordagne a insisté pour que la peine de prison soit à l'origine des peines infligées pour exercice illégal de la médecine, et pour que le Doctorat d'Etat soit réservé aux citoyens français en vertu des décisions et circulaires de Waldeck-Rousseau, l'homme d'Etat républicain unanimement regretté.

L'Association Corporative remercie le docteur Gardiol, président, et ses collègues de la Commission, de l'accueil réservé à son délégué permanent.

MAURICE MORDAGNE.

PRATIQUE MÉDICALE

LE FIBROGÈNE

A propos du nouvel émostatique « Le Fibrogène » signalé dans le numéro du 14 décembre 1938, il nous semble utile d'ajouter qu'en dehors de l'intérêt que ce produit présente dans toutes les opérations où l'on peut redouter des hémorragies, le Fibrogène peut rendre de grands services aux hémoptysiques et aux hémophiles ainsi que nous l'avons observé. Lorsque le sang apparaît dans les crachats, de nombreux malades sont bouleversés. Une explication suffit souvent à les rassurer et l'emploi du Fibrogène qui augmente le pouvoir coagulant du sang pour une période de 10 à 12 heures, est de nature à renforcer leur confiance car ils constatent eux-mêmes et immédiatement le résultat.

Nous l'avons également employé avec succès pour le traitement prénatal de l'hémophilie.

Nous citerons le cas suivant :

Une femme a eu deux premiers enfants hémophiles, l'un est mort deux heures après la naissance, le second vingt jours après. Pendant la troisième grossesse, elle fut traitée par le Fibrogène et le calcium et le troisième enfant qui est âgé d'un an, est en parfaite santé.

Nous avons plusieurs cas en observations, mais d'ores et déjà nous pouvons conseiller l'emploi du Fibrogène — qui ne présente aucun inconvénient pendant la grossesse des mères hémophiles.

DR. G. DE FRANCONY.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.

N° 17. — MERCREDI 1er MARS 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.
Epithelioma du rectum chez un jeune, par M. le professeur Maurice LOEPER, Mme J. BROUET-SAINTON et M. VIGNALOU.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE.
L'emploi de la vitamine A chez le nourrisson, par M. L. BABONNEIX.

CHRONIQUE.
L'assemblée générale de l'A.D.R.M., par F. L. S.

VARIÉTÉS.
Le salon des médecins, par R.L.S.

LIVRES NOUVEAUX.

NOTES POUR L'INTERNAT.
Diagnostic des tumeurs de la parotide, par M. Jacques REIGNER (fin).

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat (oral).*

Séance du 24 février : MM. Gauthey, 19 ; Rie, 17 ; Butet, 19 ; Mlle Mendras, 19 ; MM. Lichnewsky, 15 ; Debost, 27 1/2 ; Sebag, 14 ; Maignan, 28 ; Mlle Lefèvre (Jacqueline), 24 ; M. Labayle, 24.

Questions : Diagnostic des traumatismes ostéo-articulaires du poignet. — Discussion du diagnostic d'une ascite libre.

Séance du 25 février : M. Danion, 14 ; Mlle Grould, 22 ; MM. Ronsin, 18 ; Marzet, 22 ; Mlle Fossier, 20 ; M. Mathias (Jean), 22 ; Mlle Doumic, 15 ; MM. Liénard (Jean), 20 ; Métropolitanski, 11 ; Crépin, 18.

Questions : Signes et diagnostic des compressions lentes de la moelle dorsale. — Les hémorragies dans la grossesse extra-utérine sans le traitement.

Hôpitaux de Marseille. — *Concours de la médaille d'or de l'internat.*

La médaille d'or (chirurgie) a été attribuée au docteur Pierre Granjon.

La médaille d'or (médecine) au docteur Jacques Boudouresques.

La médaille d'or (pharmacie) à M. Louis-Roger Savelli.

— Le prix Louis Collet est attribué au docteur Pierre Granjon.

Faculté de Médecine de Paris. — A dater du 1er mars 1939, les droits trimestriels de travaux pratiques sont portés de 60 à 100 francs.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Grangaud, assistant, est chargé d'un cours de chimie minérale.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Lefebvre, agrégé, est prorogé dans ses fonctions jusqu'à la fin de l'année scolaire.

École de Médecine de Clermont-Ferrand. — Le docteur Albert Castaigne est institué, pour neuf ans, professeur suppléant de bactériologie, hygiène et hydrologie.

École de Médecine de Rouen. — Le docteur Jean Cayla est chargé des fonctions de chef des travaux de physiologie.

Institut Pasteur. — *La Fondation Roux*, qui a pour but d'aider au recrutement de l'Institut Pasteur, offre à de jeunes Français qui ont terminé leurs études scientifiques des bourses variant de 18.000 à 24.000 francs la première année, suivant les titres scientifiques du candidat.

Ces bourses qui partent du 1er novembre sont offertes à de jeunes médecins, vétérinaires, chimistes, physiciens ou naturalistes qu'intéressent les sciences biologiques.

Ces bourses, au nombre de dix pour l'année 1939-1940, sont attribuées pour une année, mais renouvelables deux fois avec augmentation de traitement en rapport avec le travail fourni.

Les boursiers doivent tout leur temps au laboratoire. Ils sont choisis sur titres et références par une commission qui siège à l'Institut Pasteur dans la deuxième quinzaine de mai.

Les demandes doivent être adressées à l'Administration de la Fondation Roux, 96, rue Falguière, Paris (15e) avant le 1er mai.

Congrès scientifique de la Médecine de Colonisation. ALGER, 29-30 mars 1939. (Président : M. Ciavaldini.)

Question à l'ordre du jour : Prophylaxie et traitement du paludisme. Rapporteurs : MM. Laurens, Megnin, Grenoilleau, Palau, Lehtihet et Ciavaldini.

Les médicaments synthétiques, M. Olivier.

Le Congrès sera inauguré par M. le Gouverneur général. Les séances seront présidées par M. le doyen Leblanc et MM. les professeurs Edmond Sergent et Gillot.

Il n'est demandé aucune cotisation.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Lartigue, Santé publique, au Gouvernement général, à Alger.

IVe Congrès international de Pathologie comparée (15-20 mai 1939). — Le 31 mars 1939 est le dernier jour utile pour l'inscription au Congrès et pour la présentation des communications. Pour toutes inscriptions qui parviendront après cette date, le Comité d'Organisation ne pourra plus garantir les avantages touristiques.

La cotisation de 250 lires italiennes donne le droit de recevoir les rapports généraux et les comptes rendus, de prendre part aux excursions, cérémonies, banquets, etc. Pour les dames des congressistes, la cotisation est de 100 lires italiennes.

Les communications doivent se conformer aux sujets des rapports généraux (maladies à ultravirus, hérédité en pathologie, fonction des antigènes associés, processus régressifs dans les plantes). Seulement des communications d'importance exceptionnelle sur un autre sujet peuvent être éventuellement acceptées. Chaque communication doit être envoyée avec un résumé d'environ cent mots et, dans le cas où la publication exige des illustrations particulièrement coûteuses, les auteurs doivent les prendre à leur charge.

L'envoi des cotisations, des communications et de toute correspondance doit être adressé au : Segretariato IV Congresso Internazionale di Patologia Comparata. Consiglio Nazionale delle Ricerche, Piazzale delle Scienze, Roma.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le docteur Jean BRAINE, directeur des travaux scientifiques). — Un *cours d'opérations chirurgicales* (chirurgie de pratique courante), en dix leçons, par MM. les docteurs J.-C. RUDLER et R. JUDET, prosecteurs, commencera le lundi 17 avril 1939, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs (se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris-Ve).

NÉCROLOGIE

Nous avons le très profond regret d'apprendre la mort du docteur Antoine Béclère, ancien président de l'Académie de Médecine, membre de l'Académie de Chirurgie, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine, commandeur de la Légion d'honneur.

Le vénéré maître de la radiologie française s'est éteint le 24 février, à l'âge de 82 ans. Nous adressons à son fils, le docteur Claude Béclère, l'expression de notre bien vive sympathie.

— Le professeur Hybbinette, à Stockholm.

CHRONIQUE

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'A. D. R. M.

L'Assemblée générale de l'Association pour le développement des relations médicales a eu lieu mercredi dernier sous la présidence de M. RUCART, ministre de la Santé Publique.

M. le doyen TIFFENEAU souhaita la bienvenue au Ministre et à M. Henri Bordeaux, de l'Académie française qui avait bien voulu accepter de parler de « la Médecine aux Colonies ». M. le doyen rappelant les services rendus par l'A.D.R.M., laissa entrevoir les mesures prises pour lui assurer une installation en rapport avec son importance.

M. le professeur HARTMANN, président de l'A.D.R.M., exposa les travaux de l'Association et rendit un juste hommage à ses collaborateurs Mlle Huré et le docteur L. Mathé. N'ont-ils pas reçu cette année 3.252 visites et répondu à plus de 2.000 lettres...! M. Hartmann signale la généreuse initiative du docteur Roussel qui accorde des bourses à des étudiants brésiliens leur permettant de faire un long séjour en France. Il rappelle les fructueux échanges de professeurs et d'étudiants, la création du comité médical franco-japonais, les échanges de publications, etc. Les événements attirent, en outre, en France des étudiants qui allaient autrefois à Vienne. M. Hartmann montre enfin l'importance qu'il faut attacher à un programme de cours en langue anglaise.

Après le rapport du trésorier, M. le professeur Lemaître, lu par M. le professeur Baudouin, secrétaire général, on procède aux élections du conseil. Tous les membres sortants sont réélus.

M. HENRI BORDEAUX, de l'Académie française, fait ensuite une très belle conférence sur la *Médecine aux Colonies*. Rappelant le souvenir de son confrère Paul Bourget qui s'intéressait tant aux choses médicales, il dit son amitié et son admiration pour les médecins qu'il a vus à l'œuvre en France, en Syrie, au Maroc et dans l'A.O.F. Retenons surtout la description colorée que nous rapporte M. Bordeaux de la Côte d'Ivoire où les auxiliaires médicaux indigènes, collaborateurs précieux des médecins coloniaux firent sur lui une vive impression par leur dévouement et leur intelligence. En terminant, M. Bordeaux loue encore l'œuvre admirable accomplie par les médecins dans toutes les parties de notre empire colonial. Venant d'une haute personnalité comme celle de l'illustre romancier, ce témoignage a une valeur qu'on ne peut méconnaître.

M. LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE s'associe aux paroles prononcées par M. Bordeaux. Il montre ensuite la grandeur de l'effort médical français à l'étranger. Les Universités française de Beyrouth, de Shanghaï, les nombreux Instituts Pasteur en sont les principaux jalons.

En terminant le Ministre insiste sur l'œuvre de l'A.D.R.M., dont il souligne toute l'importance en la félicitant chaleureusement.

F. L. S.

EPITHELIOMA DU RECTUM CHEZ UN JEUNE

Par M. LOEPER, J. BROUET-SAINTON et VIGNALOU

Bien qu'il les atteigne rarement, le cancer du rectum peut se rencontrer chez les jeunes sujets. Témoin le cas de ce jeune homme de 18 ans hospitalisé en ce moment dans notre service, dont voici l'observation :

Il est entré à la Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine le 26 septembre 1938, pour une crise diarrhéique, apyrétique et indolore, dont le début assez lointain remontait au mois de mars dernier. Il y porta peu d'attention, car dès l'âge de 5 ans, il avait souffert de crises intestinales fréquentes et fut à 10 ou 11 ans, soigné pour entérite chronique, de cause inconnue diarrhéique, indolore et apyrétique. Les troubles cédaient rapidement à l'ingestion de charbon ou de craie, se répétaient à des intervalles assez éloignés, mais n'entraînaient aucune atteinte de l'état général. Cependant le malade était toujours assez pâle et malingre. Vers l'âge de 15 ans, les troubles digestifs subirent une légère recrudescence. A 16 ans, malgré une mastoïdite, ils s'améliorèrent légèrement, l'appétit et le poids augmentèrent. Au début de 1938, nouvel amaigrissement, avec fièvre fatigue anorexie. C'est dans ces conditions que survint, en mars 1938, une forte crise diarrhéique, plus intense que les précédentes et ne cédant pas aux thérapeutiques habituelles. Durant une semaine, le malade a une selle toutes les demi-heures, selle très liquide, souvent mélangée de sang, sans débris de muqueuse et même un melœna de sang pur au mois de mars. Depuis ce temps et jusqu'en septembre, lors de son admission à l'hôpital, les phénomènes diarrhéiques ont persisté, quoique moins intenses. Et le malade nous apparaît très amaigri, légèrement fébrile et extrêmement pâle.

Nous pensons d'abord à la tuberculose intestinale dont l'hypothèse s'accorde à la fois avec la persistance de la diarrhée actuelle et la longue suite des troubles digestifs passés, avec le ballonnement du ventre, avec l'habitus extérieur, les longs cils, la pilosité exagérée. La palpation révèle en outre du spasme du colon gauche. L'appareil pulmonaire est normal, tant au point de vue clinique que radiologique. La cuti-réaction est négative.

L'examen radiologique du rectum et de l'anse sigmoïde est pratiqué. Il montre un rétrécissement assez serré, long de 10 cm. situé à la partie haute du rectum, à 17 cm. de l'anus, un peu sinueux et paraissant occuper le centre d'une masse peu mobile ; quelques petites taches claires, ouatées dans toute l'étendue des côlons, bien distinctes des taches gazeuses témoignent en outre d'une polypose colique, lésion sur quoi nous reviendrons.

La possibilité d'un cancer du rectum se présente alors à l'esprit. Le toucher rectal permet de sentir à bout de doigt un diaphragme serré d'où le doigtier revient souillé de sang et de matières.

Le restoscope montre une muqueuse rouge, congestive et, semble-t-il, refoulée par une masse profonde. La biopsie et l'examen histologique révèlent au sein de glandes rectales normales, un bourgeon indiscutable d'éléments cancéreux au revêtement sombre fait de cellules cylindriques, de teinte hortensia.

Il s'agit donc bien d'un néoplasme et ce néoplasme s'est développé, depuis mars dernier, sur un terrain entéro-colitique ancien et probablement sur une polypose recto-colique que le rectoscope ne peut vérifier, mais que la radiographie fait prévoir.

Le malade fut envoyé dans le service du Docteur Bréchot, qui, après trois transfusions sanguines de 150 cm³ lui fit un anus artificiel sur le côlon transverse (10 octobre 1938). La tumeur apparut volumineuse, adhérente, indiscutable. Pourtant, l'état de l'enfant, revenu dans notre service, s'améliore : un examen de sang montre 3.800.000 globules rouges, 10.6000 leucocytes, 75 % d'hémoglobine.

Nous commençons alors les injections intraveineuses lentes de colchicine à 1 milligramme par jour, en une heure : coïncidence peut-être, après ce traitement, le poids augmente, le teint devient meilleur et l'appétit reparaît.

En résumé, cette observation se schématise ainsi : entéro-colite très ancienne, causée probablement par une polypose intestinale, puis néoplasme du rectum. Amélioration appréciable obtenue par l'anus artificiel et peut-être aussi par la colchicine en injections intraveineuses lentes. Fait intéressant et que nous réservons pour la fin : le père du malade fut lui-même atteint d'un cancer du rectum à force occlusive, dont il mourut à 48 ans.

***

Infiniment moins fréquent chez les jeunes sujets que chez l'adulte, dont il est l'un des néoplasmes les plus communs, le cancer du rectum n'est pas tout à fait exceptionnel chez les moins de 20 ans, puisqu'on en a déjà cité 58 cas. Pour notre part, nous nous souvenons d'avoir vu, à la veille de la guerre de 1914, avec Arrou, un malade de 18 ans qui présentait une diarrhée hémorragique et un certain amaigrissement. Le toucher rectal était arrêté à 9 cm. environ de l'anus par un obstacle et la rectoscopie fit voir au fond du rectum, une tumeur recouverte de mucus et de sang dont un fragment, examiné par Normand, montra un épithélium feutré, fait des cellules foncées et néoplastiques, riches en caryocynèses au milieu d'éléments normaux. Ce jeune homme très cachectique mourut peu de temps après. Comme dans la première observation, le père de ce malade était mort, quelques mois auparavant, de cancer du rectum.

Voici d'autres cas pris dans la littérature.

L'un est de Carrié et Roux, et est aussi typique. Il s'agit d'une jeune fille, Mademoiselle B..., âgée de 18 ans. Bien portante jusqu'à 17 ans 1/2, elle pèse 68 kilos. Depuis 6 mois, elle souffre de crises dysentériques paroxystiques, entrecoupées de périodes de rémission. Au cours de ces crises, ses matières sont moulées comme des billes, recouvertes de glaires en abondance ; on pense à la dysenterie amibienne, mais les examens des selles sont toujours négatifs. L'examen rectal montre alors un carcinome bourgeonnant, comblant presque l'ampoule, implanté sur la face antérieure du rectum. On tente l'ablation de cette tumeur, mais la jeune fille ne survit que deux jours à l'intervention.

Une autre encore de Carrié, d'un malade de 24 ans, atteint d'un cancer du rectum de type adénomateux avec quelques cellules sombres et qui meurt deux mois après l'établissement d'un anus iliaque.

Une troisième encore du même auteur où sont atteints le père et le fils.

Un quatrième de Clark dont l'histoire se trouve dans les « Annales of Surgery ». Le malade a 18 ans. Il

entre à l'hôpital le 8 mars 1924, après six mois de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen. On relève dans ses antécédents une kélotomie en 1923. Peu après apparaissent des hémorroïdes saignantes. C'est un adolescent pâle et amaigri. Pas de distension abdominale ; on perçoit à la palpation de l'abdomen des masses que l'on croit ganglionnaires, au niveau du côlon descendant. Un examen de sang montre : G. R. = 2.360.000, G. B. = 6.400 et Poly. = 67 %.

Le temps de coagulation est de 4,5 minutes, la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

On suit dans cette relation toutes les hypothèses et tous les diagnostics envisagés par le médecin. Celui de cancer est le plus vraisemblable et un peu plus tard, au cours de l'opération, on trouve un rétrécissement induré à 17 cm. de l'orifice anal. Un examen histologique confirme le diagnostic de carcinome et montre, chose curieuse, l'association à ce cancer de tubercules calcifiés avec cellules géantes dans les ganglions profonds. Ce malade mourut trois jours après l'opération.

Une dernière de Lœwenberg qui concerne un jeune homme de 18 ans, très pâle, chez qui on sent un nodule net dans la fosse iliaque. On pense à des ganglions tuberculeux profonds et à une entérite tuberculeuse, puis à la syphilis à cause des stigmates du nez et des yeux. Une biopsie révèle un adéno-cancer.

Nous bornons là cette énumération et nous n'insistons pas sur les cas de Spittler, d'Aguettant (de Lyon), de Mondor dans sa thèse capitale, qui ressemblent beaucoup à ceux cités plus haut.

⁂

Ces différentes observations sont toutes des relations de cancers sus-ampullaires faits de cellules cylindriques cunéiformes plus ou moins sombres. Il nous reste à parler des cancers bas situés. Ceux-là sont faits de cellules pavimenteuses souvent globo-cellulaires. Ils sont d'ailleurs moins fréquents et aussi moins intéressants.

Madame Jedczejczak, dans sa thèse parue en 1935, n'en cite que deux observations. La première, d'un jeune homme de 17 ans 1/2, Georges L..., qui a toujours présenté une constipation opiniâtre et fréquemment du mœlena, plus tard une diarrhée glaireuse abondante. Aucun trouble gastrique, pas de vomissements mais un amaigrissement de 17 kilos en 1 an. Le toucher rectal est douloureux, la restoscopie, très douloureuse, décèle une tumeur au-dessus du canal anal. Une biopsie confirme le diagnostic de cancer de la partie anale du rectum. Le malade meurt 16 mois après l'opération.

Un autre de ses malades, âgé de 24 ans, souffre de dysenterie avec ténesme. Le toucher rectal fait sentir une grosse masse ulcérée, saillante, située juste au-dessur du canal anal. Ce malade survit 18 mois à l'opération.

Une troisième observation, plus complète, parut dans « Archivos latino americanos de Pediatra » (t. XVII 405, mai 1923, p. 324-334) sous la signature de Lasnier, de Montevideo :

« Enfant de 13 ans, sans antécédent personnel ou héréditaire, présentant depuis 2 mois une constipation opiniâtre, coupée de débâcles sanguinolentes très abondantes qui deviennent de plus en plus fréquentes. Des épreintes (15 à 20 par 24 heures) n'ont pour résultat que l'émission de quelques glaires mêlées de sang. Cependant, l'appétit est bon, l'état général peu altéré. Le toucher rectal fait sentir à 4 cm. de l'orifice anal, une tumeur dure, circulaire, formant dans la lumière du rectum un bourrelet saillant, laissant un orifice n'admettant que la pulpe du doigt; on a l'impression de sentir la tête d'une invagination intestinale ou du col utérin. En palpant l'abdomen, on sent des fécalomes. En raison de l'existence d'amibes dans les selles, on fait un traitement à l'émétine pendant 2 mois, puis l'enfant a la fièvre typhoïde. A la convalescence, on constate que la tumeur est plus grosse et est devenue végétante; une adénopathie inguinale bilatérale apparaît. A l'intervention : tumeur de la région recto-anale adhérente à la vessie. Anus iliaque, mort moins d'un an après le premier examen. La biopsie montre qu'il s'agit d'un carcinome globo-cellulaire. »

Ces néoplasmes de la région ano-rectale semblent être caractérisés par un ténesme et des douleurs plus fréquentes que les cancers ampullaires. La survie après l'opération y est aussi plus longue.

⁂

En résumé, le cancer du rectum existe chez les jeunes. Il débute rarement par des troubles dyspeptiques, souvent par de la diarrhée, par de faux besoins et des symptômes dysentériformes.

Le ténesme y est assez fréquent si le cancer est bas situé, moins important quand il est haut placé ; les hémorragies ne sont pas rares.

Les réactions fébriles sont légères et ne dépassent guère 38°, 38°5.

On note assez souvent des ganglions dans la fosse iliaque gauche. Chez deux malades, ces ganglions voisins, étaient en partie tuberculeux. Ce qui prouve une fois de plus l'association, bien étudiée dans le poumon surtout, des deux processus chez un même sujet.

L'examen du sang montre une leucocytose légère de 10 à 15.000 éléments. L'anémie ne dépasse guère 2.500.000 à 3.000.000. Elle est hypochrome.

La réaction de Bordet-Wassermann est constamment négative. Cette constatation mérite qu'on s'y arrête car elle est assez surprenante et s'oppose à celle faite par les auteurs dans le cancer du rectum de l'adulte. Ici 50 à 60 % des cas sont entés sur un terrain syphilitique. Les néoplasiques vieux ont eu tout le temps de contracter la syphilis, les jeunes, pas. On peut se demander alors si, chez les sujets de 40 à 50 ans, la concomitance de la syphilis et du cancer n'est pas fortuite, et si nos idées à ce sujet ne doivent pas être révisées.

La cachexie est importante, et l'amaigrissement peut atteindre 17 kilos en quelques mois.

La présence d'amibes dans les selles est assez fréquente : elle est contingente. Les amibes du colon ne sont, en général, pas pathogènes, elle sont des hôtes habituels de l'intestin ; elles compliquent un néoplasme, mais ne le provoquent pas. L'amibiase banale du côlon existe dans 10 % des observations, il est bien difficile de dire quel rapport elle peut avoir avec le cancer du rectum.



La rectoscopie montre une tumeur bourgeonnante, sanieuse, fétide, coiffée d'une muqueuse ulcérée, rouge, qu'elle refoule et derrière laquelle elle se cache ; parfois on voit un suintement de sang, qui témoigne de la lésion sous-jacente. La biopsie doit être faite car elle permet une certitude.

Les tumeurs du rectum des enfants n'ont pas, comme celles de l'adulte, le temps de provoquer des complications, car elles vont trop vite : l'occlusion, les abcès iliaques ou de la fosse ischio-rectale, l'anurie, la pneumaturie, la colibacillurie sont exceptionnels.

La durée de l'évolution d'un cancer du rectum chez un jeune est courte; elle varie de 11 à 16 mois; dans un cas extrême, le malade a survécu 25 mois après l'opération. Elle est plus courte que celle du cancer du rectum des adultes qui vivent fréquemment 3 ou 4 ans, avec leur cancer après l'intervention chirurgicale.

***

Le diagnostic du néoplasme du rectum chez les jeunes doit être fait entre 3 maladies : la tuberculose, la syphilis et la maladie de Nicolas-Favre. La confusion avec la tuberculose intestinale est facilitée, comme chez notre jeune malade, par l'âge des sujets, leur pâleur, la tuméfaction des ganglions et aussi la pilosité. On disait jadis que les lésions bas situées étaient souvent syphilitiques, mais le traitement institué fait bien rarement régresser une tumeur rectale et l'espoir est souvent déçu. On a certainement, autrefois, souvent, confondu la lympho-granulomatose de Favre avec le cancer du rectum. Cette maladie de plus en plus fréquente et de mieux en mieux connue, se localise dans le rectum, y provoque des rétrécissements serrés, bas situés, indurés; elle s'accompagne d'une grosse réaction ganglionnaire. Elle possède une réaction spécifique, la réaction de Frei; du moins quand elle est faite avec un bon antigène et antigène humain. Une réponse négative fait suspecter plus encore un cancer.

La fréquence relative du cancer anal et du cancer rectal, est assez celle de l'adulte : on trouve un cas de cancer bas situé contre 7 cas de cancer de la partie moyenne.

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont formées de cellules cylindriques feutrées, plutôt que de cellules muqueuses; le stroma est variable. Les cancers de la portion anale se développent au dépens des cellules pavimenteuses de revêtement. Ils sont pavimenteux et contiennent souvent beaucoup d'éosinophiles.

La survie, qui suit les interventions, est plus courte que chez l'adulte; elle a atteint une fois seulement 16 mois sur 25 cas.

***

Envisageons maintenant les points les plus intéressants de ces observations. Ils sont trois : *la fréquence du cancer du rectum chez les jeunes; le cancer héréditaire; la précession de la polypose intestinale.*

La *fréquence* du cancer du rectum chez les jeunes a été recherchée dans divers travaux. Mme Jedczejczak, M. Roux, dans leurs thèses, en citent quelques cas personnels nouveaux. Pennington, avant eux, sur 7.174 cas de cancer du rectum, en trouve 40 avant 20 ans. Lasnier a même cité un cas de néoplasie chez un garçon de 13 ans. Von Bergmann, sur 215 malades, relève 7 cas de cancer du rectum au-dessous de 30 ans; Czerny signale 1 cas de moins de 20 ans, 5 de 20 à 30 ans ; Kuster de Marburg, sur 238 cas, en trouve 2 avant 20 ans; Bernouilly cite 50 cas de cancer de l'intestin chez des sujets de moins de 20 ans, et, parmi ces cas, il y avait 20 cancers du rectum. Dupont en relève 5 cas sur 25, avant 20 ans et 18 entre 20 et 30 ans. Cette proportion cadre bien avec celle du cancer en général. Steiner, en effet, dont la statistique porte sur un nombre énorme d'autopsies d'enfants, signale l'existence de 12 carcinomes avant 15 ans, presque tous de l'intestin.

L'*hérédité*, en ce qui concerne le cancer en général, est toujours fort discutable; le « cancer héréditaire » est sujet à caution, de même que les « maisons et les familles à cancers ». On ne peut cependant pas ne pas être frappé par les observations où le père et le fils sont cancéreux et cancéreux du rectum. On est bien troublé par le cas de certaine famille, citée par Broca : première génération, un cancer du sein ; seconde, 4 filles atteintes de cancer du sein ; troisième génération, sur 18 enfants, 10 cancéreux; quatrième génération, 1 cancéreux sur 10 enfants. La famille de Bonaparte également fut une famille de cancéreux : son père, son frère et 2 de ses sœurs furent atteints de néoplasie. En ce qui concerne spécialement le rectum, Schild a vu 3 sœurs de 30 à 35 ans atteintes de cancer du rectum. Ricard a vu une grand-mère atteinte d'un cancer du sein, son fils d'un cancer du rectum et sa petite-fille d'un néoplasme du foie. Riehler cite le cas d'un cancer du rectum chez deux conjoints à 5 ans d'intervalle ; Mondor enfin cite un néoplasme hépatique chez une mère et un cancer du rectum chez sa fille. Et nous avons personnellement cité plus haut deux cas de père et fils et Carrié en avait rapporté un semblable.

Malgré ces cas impressionnants, il ne semble pas acquis que l'hérédité joue un rôle important dans le cancer de ces jeunes sujets. Les travaux expérimentaux de Miss Maud Slee sur les souris n'ont d'ailleurs pas définitivement éclairci la question et restent très discutés en ce qui concerne le cancer en général.

Reste une cause favorisante possible du cancer du rectum : la *polypose recto-colique*. On a incriminé hémorroïdes, entérite tuberculeuse, amibiase. La polypose mérite de nous arrêter plus encore.

Ses rapports avec le cancer du rectum sont importants. La polypose est certes rarement constatée chez l'enfant et Staemmler ne l'a trouvée que 5 fois au cours de 17.000 autopsies d'enfants. C'est une maladie qui sévit ou qu'on diagnostique chez les sujets de 35 à 40 ans. Mais sa transformation en cancer est certaine, Bensaude a constaté, que sur 270 malades atteints de polypose colique, 28 étaient également atteints de cancer du rectum. La polypose se traduit pendant longtemps par de petites manifestations d'allure peu graves : diarrhée hémorragique, poussées de fièvre, etc. Sa transformation en cancer peut se faire sans bruit. Il est certain que l'évolution fut telle chez notre jeune malade où les premiers accidents du cancer se per-

daient dans les accidents habituels de la polypose. La polypose y est indiscutable et sans doute la cause des accidents entéritiques du jeune âge. Or, elle semble une maladie familiale : Huchtemann trouve 5 cas de polypose avec cancer sur 10 cas de polypose dans une famille de 30 membres. Mummery donne aussi un arbre généalogique :

1re génération	:	3 polyposes.
2e	»	5 »
3e	»	1 cancer.
		1 polypose.
		2 cancers.

Bensaude, qui ne croit guère à l'hérédité de la polypose, croit à sa fréquente transformation et notre observation vient à l'appui de son opinion.

***

Traitement. — Les lavages intestinaux, le charbon, la chaux, les antiseptiques pourront combattre l'atonie et la fermentation intestinales, tant que les symptômes du cancer du rectum ne sont pas trop graves. Lorsqu'ils s'accentuent, quand l'obstruction intestinale est nette, la dérivation du cours des matières par un anusiliaque s'impose et l'on voit de suite une amélioration de l'état général. Mais, cette amélioration n'est que temporaire, la survie est très courte chez les jeunes cancéreux ; elle varie de 3 jours à quelques mois. Les résultats opératoires sont beaucoup moins brillants chez les jeunes que chez les adultes. Il n'y a guère à parler de radiothérapie.

Nous avons injecté dans les veines de notre malade la *colchicine* à la dose de 1 milligr. en 1 heure, chaque jour, pendant 10 jours, suivant en cela les conseils de Dustin, de Peyron. Mais pour injecter plus et plus lentement nous nous sommes servis de la méthode des injections lentes avec l'appareil de Sallet. Nous avons constaté une légère amélioration. Il est vrai que nous avons fait un anus iliaque et que l'amélioration peut être due autant à cet anus iliaque qu'aux injections veineuses de colchicine ou peut être due aux deux. Quoiqu'il en soit ce jeune homme a franchi assez bien cette période post-opératoire, d'ordinaire assez périlleuse et il est encore en vie aujourd'hui, 5 mois après l'inrervention; anémié toujours, mais moins, il s'alimente et ne souffre pas ; sa leucocytose s'est abaissée, des éosinophiles sont apparus dans son sang et son poids est assez stable.

BIBLIOGRAPHIE

Bernouilly. — *Jour. f. Kind.*, 1865, vol. VII, p. 61.
Clark. — *Annales of Surgery.*, t. 84, n° 6, déc. 1926, p. 833.
Jedczejczak. — Cancer du rectum chez les jeunes sujets. *Thèse*, Paris 1933.
Lasnier. — *Arch. latino amer. de Pediatrie*, Buenos-Aires, 1923, vol. II, S. 17, p. 321.
Matignon et Fruchaud. — Cancer du côlon sigmoïde chez un jeune sujet de 15 ans. *S.N. de Chirurgie*, 14 oct. 1931, p. 1180-1184.
Mondor. — Cancer du rectum. *Thèse*, Paris 1914.
Mouchet et Baranger. — *Pediatria Am.* XII, n° 6, juin 1924.
Pennington. — *J. Am.* 1922, vol LXXVII, p. 711.
Philip. — *Inaug Diss Munich*, 1908.
Phifer. — *Ann. of Surg*, t. LXXVII, n° 6, juin 1923, p. 720.
Phifer. — *Ann. of Surg*, vol. LXXVII, p. 711, 1923.
Roux. — Cancer du rectum chez les jeunes gens. *Thèse*, Paris 1932.
Stead. — *Trans. Amer. Surg. Assoc.*, 1921, vol. XXXIX, p. 24.
Steffer. — Die malignen Geschwulste in Kindersalter, Stettin 1905.
Steiner. — *Jour. f. Kinderh.* 1865, vol. VII, p. 61.
Wainwright. — *Atlantic medical Journal*, 1925, p. 419.
— *British med. Jour.*, 13 déc. 1930.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

L'EMPLOI DE LA VITAMINE A CHEZ LE NOURRISSON (1)

par M. L. Babonneix,
Médecin du service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

Données d'ordre chimique. — La vitamine A, dont aucun vertébré ne peut faire la synthèse, provient de la transformation de pigments caroténoïdes des plantes : le carotène α, le carotène β, le carotène γ et la cryptoxanthine. Le plus important est le carotène β, auquel sa formule symétrique permet de donner, en se scindant, deux molécules de vitamine A. Les groupements cycliques terminaux (β-ionones rings des Américains) paraissent jouer un rôle essentiel. Le carotène β en a deux, les autres n'en ont qu'un. La vitamine A a pu être isolée et obtenue cristallisée. On en a fait récemment la synthèse.

Origine. — On la trouve :

En *très grande quantité*, dans les *graisses et huiles de poisson*, le *beurre*, le *jaune d'œuf* ; les huiles de poissons en contiennent beaucoup plus que le beurre ou le jaune d'œuf : 50 à 150.000 U. I. dans 100 g. d'huile de foie de morue, plus encore dans l'huile de flétan.

En *quantité importante*, dans la crème, les épinards, le foie les graisses animales, le lait, la laitue, les piments, la tomate mûre.

Elle est très abondante dans le *lait de femme*, surtout si l'alimentation de la nourrice en contient une quantité suffisante.

Le *lait de vache* frais en contient un peu plus que le lait de femme, le lait d'été que le lait d'hiver, fourni par des animaux nourris de fourrages secs et de tourteaux, le lait de la campagne que le lait des grandes villes (Appleton) ;

Pasteurisé, il en garde une faible partie ;

Condensé et écrémé, il n'en contient plus la moindre trace ;

Condensé, non écrémé et sucré, il est riche en vitamine A ;

Condensé, non écrémé et non sucré, il doit, pour se con-

(1) V. L. Babonneix, *Les régimes chez l'enfant*, Paris, 1936, in-8°, p. 97-104. — A. Chevalier, *XXVe Congrès de médecine*, Marseille, 10, 11 et 12 novembre 1938. — R. Debré et A. Busson. *Monde médical*, 1er-15 juin 1936, n° 884, p. 766-773. — J. Langle. Notes sur le vitamine A d'après de récents travaux américains, *Concours médical*, n° 49, 4 décembre 1938, p. 3083. — Ed. Lesné, Mlle Dreyfus-Sée et R. Clément, Avitaminoses. *Traité de médecine des enfants*, Paris, 1934, in-8°, I, p. 468-527. — G. Mouriquand, Les grandes thérapeutiques. *Les vitamines*, Paris, s.d., in-4° (Byla). — Mme Randoin et H. Simonnet, *Les vitamines*, Paris, 1934, in-18. — P. Rohmer, *Concours médical*, n° 13 *bis*, 30 mars 1938.

server, être stérilisé à 115° pendant vingt minutes : la vitamine A est alors détruite.

Dans le *lait sec* préparé par le procédé des cylindres, elle est conservée, la vapeur qui se dégage chassant l'oxygène et empêchant ainsi l'oxydation. Emploie-t-on le procédé de la vaporisation, elle est détruite par le courant d'air sec à 115° dont on se sert pour dessécher le lait.

Le *babeurre* en contient encore moins que le lait sec (R. DEBRÉ et A. BUSSON).

En *quantités moyennes*, dans les aliments suivants : banane, carotte, cervelle, citron, bette, graines (avoine, blé, maïs), orange, soja, pelures de la plupart des fruits.

En *quantités faibles*, dans le maïs jaune ou rouge, l'orge.

Elle *fait défaut* dans les amidons, les fécules, le gluten, les graines non germées, l'huile d'amande et d'olive, surtout purifiées, la levure de bière, le maïs blanc, le riz, le saindoux, le seigle, l'extrait de viande. Les margarines, végétalines, etc., en contienent des quantités variables selon leur mode de préparation (Coward).

Rappel de quelques notions physiologiques. — C'est au foie qu'est dévolu le rôle de transformer les carotines en hépatovitamine A grâce à la carotinase, qu'activent les hormones thyroïdiennes et de la stocker dans les cellules de Kupfer.

Presque inexistantes chez le nouveau-né, bien que le foie de la femme à terme en contienne des quantités considérables, encore peu abondantes chez le nourrisson, tant qu'il reste au régime lacté intégral, ces réserves augmentent brusquement dès que l'enfant est mis à un régime varié (A. Busson). L'absence de facteur A dans le foie ne permet pas de conclure à la carence, les fonctions tissulaires physiologiques pouvant s'effectuer alors même qu'il n'existe pas de facteur A. La vitamine A, qui se trouve dans le sang (Chevallier), (hémovitamine A) est un alcool dont l'hépatovitamine est un ester (Ld.) et qui fait partie des éléments constituants du pourpre rétinien.

Expérimentalement, l'avitaminose A se traduit, quand elle est totale, par trois ordres de symptômes :

Xérophtalmie ;

Arrêt de la croissance, due, soit à un trouble apporté dans l'assimilation des lipides (Randoin et Simonnet), soit à l'impossibilité où se trouve l'organisme de les faire dériver des glucides (Ling et Wakes).

Lésions des muqueuses, la vitamine A jouant un rôle considérable dans la vie et dans la croissance des épithéliums (R. Debré et A. Busson).

En cas d'avitaminose A, il y a des modifications du M. B, de la chronaxie, et, surtout, les épithéliums s'atrophient, tombent et sont remplacés par un nouvel épithélium kératinisé à type pavimenteux stratifié, cette métaplasie pouvant frapper tous les tissus, en particulier les conjonctives, d'où xérophtalmie et les poumons, dont les cavités sont obstruées par les cellules néoformées et leurs produits de dégénérescence, d'où production de kystes, d'atélectasie et fréquence des broncho-pneumonies.

Indications. — Ce sont :

1° La *xérophtalmie*, toujours bilatérale, intéressant la conjonctive qui « perd son humidité, son éclat, devient terne, parcheminée et se laisse facilement plisser » (Bitot). Les lésions prédominent sur la partie de la conjonctive qui avoisine la cornée (*tache de Bitot) ;* visibles dès le début au biomicroscope et à la lampe à fente (Mouriquand, Rollet et Mlle Chaix), elles aboutissent, si elles ne sont pas traitées à temps, à la perforation de l'œil. Elle est exceptionnelle chez le nourrisson (Marquézy, Mouriquand) ;

2° Des troubles divers, relevant d'une *avitaminose fruste ou latente, révélée* (G. Mouriquand) par les facteurs habituels : erreurs de régime, infections, et qui peuvent se manifester par l'un des troubles suivants (P. Bertoye, Frontali) :

Troubles digestifs : anorexie, diarrhée;

Dystrophies : arrêt de progression de la courbe pondérale ; cachexie spéciale aux enfants nourris exclusivement avec des farines ; hypotonie musculaire, coloration bronzée des téguments, aspect squameux de la peau (E. Lesné et R. Clément), œdèmes généralisés, disparaissant rapidement par addition de lait au régime hydrocarboné ;

Manifestations oculaires : conjonctivite d'apparence banale ou granuleuse (Mac Crowan et Mac Malt, Doering, Bloch, Finday), lésions cornéennes déjà signalées.

Troubles circulatoires : anémie (Mouriquand, Sédaillan et Mlle Weill).

Manifestations cutanées (Lambrecht) : sécheresse de la peau, éruptions papuleuses.

Ces formes frustes ou latentes seront reconnues par les anamnestiques et par l'épreuve thérapeutique.

Il y a aussi des formes *associées* à :

1° D'autres avitaminoses ;

2° D'autres troubles, dûs surtout à des régimes déséquilibrés ou carentiels ;

3° La *maladie cœliaque*, avec tuméfaction du ventre, abondance des selles, arrêt de développement, où la résorption intestinale est entravée (P. Rohmer) ;

4° La *colibacillurie* (G. Mouriquand et Mlle Schœn) ;

5° On a aussi proposé de donner la vitamine A aux *femmes enceintes*, pour préserver le bébé à venir des méfaits de l'avitaminose A.

Mode d'administration et posologie. — La vitamine A peut être introduite dans l'économie ;

1° Sous *forme naturelle :* lait de femme, beurre, jaune d'œuf, huiles de poisson (huile de foie de morue, de flétan), données par gouttes (G. Blechmann).

2° *Sous forme de carotène*, en administrant aux enfants, soit du jus de carottes, soit des préparations spécialisées où la carotte est réduite en poudre : une pincée dans chaque biberon à partir de trois mois, ne pas faire cuire.

3° *Sous forme de préparations spécialisées*, contenant la vitamine en solution et généralement associée à la vitamine D. Elles existent sous forme :

de solutions huileuses, qu'on donne par gouttes, deux fois par jour, dans un peu de lait ou de potage tièdes, dix jours de suite ;

de solutions huileuses pour lavements ;

de solutions injectables, réservées aux cas où il faut agir vite. Certaines de ces préparations sont à base d'huile de foie de Morue, d'autres, à base d'huile de Flétan.

Les *doses théoriques* sont de 90 à 300 U. I. par kilog., pour l'enfant (P. Rohmer). Il y a intérêt à ne pas les forcer (Id.). On se rappellera, à ce sujet, que :

a) Le lait d'hiver en contient 150 U. I. par 100 g., le lait d'été, 600 ;

b) L'huile de foie de morue contient de 200 à 350 U. I. par cm^3.

La réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales, par Achille URBAIN. 2e édition, révisée et augmentée. Un vol. de 146 pages. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 28 francs.

Les fractures récentes, fermées, de l'extrémité inférieure du fémur chez l'adulte, par les docteurs J. LONGUET et Ch. MARDRUS. Un vol. de 170 pages, avec 136 fig. ou radios. A la librairie Maloine, 1938. Prix : 70 francs.

VARIÉTÉS

LE SALON DES MÉDECINS

Inauguré le 19 février par le Ministre de la Santé publique, le XIXe Salon des Médecins contient cette année une centaine d'œuvres de plus qu'en 1938.

Son catalogue débute par une préface charmante et très juste du Professeur Bezançon, après lui le Dr P.-B. Malet rappelle en excellents termes la mémoire d'Albert Fraikin et celle de Raymond Sabouraud.

Pour chacun d'eux le Salon a fait une rétrospective. De l'excellent paysagiste qu'était Fraikin : 16 toiles d'un art très varié. De l'illustre dermatologiste : plus de 40 statuettes en bronze d'une facture très personnelle, de grandes figures en plâtre, un buste d'une extraordinaire ressemblance de son fils qui lui-même expose un portrait solide et vivant de son regretté père.

En parcourant les salles, nous avons admiré les fleurs de Fernand Bezançon, les paysages de Cormerais, les vues savoyardes de Corteel, les figures si lumineuses de Madeleine Dehelly, les envois d'A. de Gennes, les médailles de F. de Hérain, un glacier de F. Dupont ; de Raymond François, quatre paysages excellents, autant de Lucien Genet, son île des pêcheurs nous plaît surtout ; de Paulette Genet, sept paysages charmants dont une pergola chaude et lumineuse qui nous donne un aperçu nouveau de son talent ; de J. Hallé de bien jolies toiles : Saint-Germain-des-Prés, une vieille place, une impressionnante étendue d'eau ; de S. Jaïs une vue par sa fenêtre, on croirait y être, un coin de la Côte d'Azur, un intérieur très recueilli de Saint-Séverin; de Denise Ledoux-Lebard Moreau un « arc du printemps », groupe en tous points admirable ; de Lorentz, de charmants paysages bretons ; de J. Malet, trois beaux bustes ; de P. Malet, le vieux pont de Moret, très bien rendu ; de L. Marceron, quatre envois remarquables, et particulièrement la rue Notre-Dame-des-Champs ; il faut citer aussi les toiles si réussies de Georges Masson, Mawig, Rignol et, de Ch. Villandre, la très belle médaille du Dr Ferrand et la Vierge en terre cuite si délicate.

Les photographies méritent le plus vif éloge.

Le XIXe Salon des médecins restera ouvert jusqu'au 5 mars inclus, 214, faubourg Saint-Honoré, il convient de féliciter le Dr P. Malet d'en avoir réalisé l'aménagement dans la perfection.

R. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Tuberculose et tuberculides nasales, par J. MARGAROT et J. TERRACOL. — Un volume de 356 pages avec 38 figures (analyses en allemand et en anglais). Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales. Prix : 60 francs. Editions Delmas, 6, place Saint-Christoly, Bordeaux.

Dans cette monographie publiée sous le n° 30 de cette intéressante collection, J. Margarot et J. Terracol, professeurs à la Faculté de Médecine de Montpellier, étudient les diverses manifestations nasales de la tuberculose. Cette question est en évolution constante, et les notions des livres anciens classiques ne sont plus en conformité avec les données actuelles.

L'examen des diverses manifestations bacillaires fait apparaître un polymorphisme anatomo-clinique inattendu et des différences évolutives surprenantes. Le vocable « tuberculose » n'a plus le sens primitif qui lui a été longtemps attribué. Enfin, la collaboration du dermatologiste et du rhinologiste est indispensable pour rattacher à leur véritable cause toutes ces lésions qui évoluent sur le tégument et sur la pituitaire, et cette monographie rassemble les résultats d'une collaboration active et constante.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA PAROTIDE (1)

L'intervention permettra parfois de rectifier une erreur de diagnostic d'ailleurs très explicable. La tumeur cliniquement constatée, au lieu d'être une tumeur mixte, peut être :

B. — Soit une adénite intraparotidienne, lésion rare dont la porte d'entrée est en général méconnue.

C. — Soit un adénome kystique, néoplasie bénigne, qui peut atteindre les dimensions d'un œuf de pigeon, régulière de consistance élastique, rarement fluctuante, enchâssée dans la glande, immobile, indolore et d'exérèse difficile.

Plus rarement, l'erreur serait commise avec

D. — Un lipome intraparotidien, de consistance molle, pseudo-fluctuante, mobile quand il est bien encapsulé, ne comprimant jamais le VII.

Si les constatations opératoires répondent aux prévisions cliniques, encore faut-il se méfier d'une malignité possible que l'histologie pourra révéler.

Tumeurs volumineuses :

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que les lésions de petit volume, peu évoluées, mais sachant la lenteur évolutive si fréquente des tumeurs mixtes on ne s'étonnera pas d'avoir à reconnaître de volumineuses tumeurs, évoluant depuis longtemps, débordant en tous sens la région parotidienne, soulevant et dédoublant les téguments du lobule de l'oreille, recouvrant la mastoïde.

Ces tumeurs présentent une surface bosselée, une consistance variable, ici dure, élastique; là, ramollie, ou même fluctuante, gênant la mastication, refoulant parfois la paroi antéro-inférieure du conduit auditif externe.

Ce qui importe essentiellement, c'est de rechercher ici les signes qui traduisent la malignité :

L'absence de ganglions, de douleur, de paralysie faciale, une mobilité relative, sont la preuve d'une évolution encore bénigne.

Par contraste : l'apparition de douleurs, d'une paralysie faciale, un accroissement rapide de volume, la fixité de la tumeur, l'existence de zones ramollies, de ganglions, la constatation d'une adhérence à la peau, et à plus forte raison son ulcération, sont des arguments certains en faveur de la transformation maligne. Dès lors, l'évolution se poursuit rapidement. La mort surviendra par cachexie, ou complication hémorragique.

Nous venons de parler ici des tumeurs mixtes ayant subi la dégénérescence maligne. L'existence d'une longue évolution antérieure, progressive, silencieuse, permettrait de le supposer.

Il est cependant des cas où la tumeur maligne est primitive; ces cas sont assez rares, observés surtout chez des sujets âgés, revêtant la forme d'une tumeur encéphaloïde à développement rapide, précocement ulcérée, plus rarement d'un squirrhe atrophiant et plissant les téguments.

J. REIGNIER.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1939, n° 15.

Le directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.

N° 18. — SAMEDI 4 MARS 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Les avitaminoses, clinique et thérapeutique, par M. le professeur G. CARRIÈRE et M. P.-J. GINESTE (de Lille).

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE.
L'emploi des vitamines B chez le nourrisson, par M. L. BABONNEIX.

CHRONIQUE.
Une conférence de M. Pasteur-Vallery-Radot sur le Cameroun, par F. L. S.

HYGIÈNE.
Le typhus exanthématique au Maroc.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie de médecine. — Société de médecine de Paris.

LIVRES NOUVEAUX.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat. (Oral.)*
Erratum. Dans la séance du 25 février, au lieu de M. Ronsin, 18 ; lire M. POUSSIER, 18.

— Par suite de la maladie d'un des juges, les opérations du concours de l'internat (oral) ont été suspendues jusqu'au vendredi 3 mars.

Hospices d'Autun. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint s'ouvrira le lundi 20 mars, à 9 heures, à la Faculté de Médecine de Paris.

Inscriptions au bureau du Conseil d'Administration des hospices d'Autun, jusqu'au 11 mars 1939.

Faculté de Médecine de Paris. — *Bourses de doctorat.* — Le *Journal Officiel* du 28 février publie l'arrêté suivant :

Article unique. — L'article premier de l'arrêté du 15 mai 1927, relatif à l'attribution des bourses de doctorat en médecine, modifié par l'arrêté du 8 avril 1930, est modifié ainsi qu'il suit :

Article premier. — « Peuvent obtenir sans concours, pour un an, une bourse de première année de doctorat en médecine, les étudiants qui justifient au minimum :

« Soit de la note 70 à l'examen P. C. B. ou de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures des sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : deux mentions « bien » ou une « bien » et une « assez bien ».

« Soit de la note 75 au certificat P. C. B. ou de la mention « bien » au certificat dit P. C. N. supérieur et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des deux parties du baccalauréat ».

Distinctions honorifiques. — *Officiers de l'Instruction publique :* MM. les docteurs : Balestre, à Nice ; Boissel, à Charleville ; Brahy, à Mirecourt ; Cambon, à Marseille ; Chatonnet, à Saint-Fons ; Descarpentries, à Roubaix ; Didier, à Paris ; Dodinet, à Aurillac ; Dormoy, à Paris ; Esnault, à Clavières ; Fabre, à Mazamet ; Gaumé, à Quimper ; Gillard, à Tours ; Gougas, à Mèze ; Jamin, à Paris ; Jubert, à la Garenne-Colombes ; Lefevre, à Châtillon-Coligny ; Leporcq, à Valenciennes ; Leroy, à Arras ; Lorcin, à Bar-le-Duc ; Mabille, à Caen ; Maury, à Nîmes ; Molbert, à Orléansville (Algérie) ; Paul, à Paris ; Poulet, à Tours ; Prunet, à Tarbes ; Raynaud, à Saint-Mandé ; Reygasse, à Saint-Cloud ; Rimetz, à Clermont ; Rousseaux, à Verdun ; Savary, à Lille ; Simon, à Strasbourg ; Sourde, à Lannemezan.

Officiers d'Académie : MM. les docteurs : Blanc, à Bordeaux ; Boob, au Havre ; Bouchet, à Domène ; Bourru-Lacouture, à Ribérac ; Bouttier, à Paris ; Brunerie, à Lyon ; Bulteau, à Aulnoye ; Cadenat, à Toulouse ; Caffeau, à Coye-la-Forêt ; Calmettes, à Toulouse ; Carrié, à Haybes-sur-Meuse ; Chapuis, à Bourg ; Charapanovsky, à Paris ; Chenet, à Paris ; Contal, à Amiens ; Crehange, à Longwy ; Dath, à Louvroil ; Delavelle, au Mans ; Dermann, au Perreux-sur-Marne ; Dessein, à Comines ; Dodet, à Sens ; Ducas, à Pont-à-Mousson ; Dufour, à Chauny ; Dupont, à Marmande ; Enjalbert, à Milhau ; Florentin, à Corrèze ; Four-

cade, à Marmande ; Fournier, à Cassaigne (Algérie) ; Fournot, à Saint-Étienne ; Forest, à Maubeuge ; Glad, à Kédange ; Grenaud, à Vichy ; Grunwald, à Grenoble ; Guilmoto, à Rabat ; Hausknecht, à Strasbourg ; Jabouille, à Rouffach ; Jeannest, à Xertigny ; Lacoste, à Châtellerault ; Lavernot, à Orly-la-Ville ; Le Pontois, à Vannes ; Luigi, à Barretali (Corse) ; Martinet, à Saint-Pourçain-sur-Sioule ; Mazières, à Caraman ; Meilhan, à Annemasse ; Merklen, à Xertigny ; Midon, à Nancy ; Moreau, à Avignon ; Morvan, à Branne ; Naamé Churkri, à Paris ; Paulin, au Grand-Lemis (Isère) ; Péradon, à Chatou ; Perrin, à Oujda (Maroc) ; Peycher, à Monclar-de-Quercy ; Pietri, à Digne ; Pinelli, à Rabat ; Raganeau, à Saint-Menehould ; Roca, à Perpignan ; Rollin, à Souk-el-Kémis (Tunisie) ; Roussel, à Mézières ; Sautriau, à Paris ; Szkolnik à Vigneulles-les-Hattonchâtel ; Tissot, à Bâgé-le-Châtel ; Vaillant, à Chartres ; Veau, à Viane ; Verger, à Mâcon.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Conférence du docteur Chabrol, le 5 mars, à 9 heures du matin.

Assises de médecine de l'Assemblée française de médecine générale. — Le 12 mars, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu, aura lieu la prochaine réunion. Elle sera consacrée aux *méningites cérébrospinales à méningocoques.* La séance sera présidée par M. le médecin général inspecteur Dopter.

Italie. — Le professeur sénateur Viola, l'éminent directeur de la clinique médicale de Bologne, prend sa retraite et est remplacé par le professeur Antonio Gasbarrini, de l'Université de Padoue.

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DE M. PASTEUR-VALLERY-RADOT SUR LE CAMEROUN

Notre éminent collègue et ami, le Dr Pasteur Vallery-Radot, revient d'une mission médicale en A. E. F. et au Cameroun, que lui avait confiée le Ministre des Colonies. Le 24 février, il a fait à Paris une conférence sur cette mission et avec toute l'autorité qui s'attache à son nom, il a montré l'œuvre prodigieuse accomplie par la France au Cameroun dans tous les domaines.

La France a transformé économiquement ce pays et elle lui a apporté le bien-être, l'instruction, la santé et la justice.

Alors que l'Allemagne concevait la mise en valeur du territoire à l'aide d'indigènes travaillant de force pour de grandes compagnies concessionnaires, la France a voulu *coloniser* le pays par l'habitant : vraie formule de la colonisation.

Alors que les Allemands pratiquaient une politique brutale vis-à-vis des indigènes afin de se faire craindre et les laissait à l'arbitraire des sultans et des grands chefs, la France a fait une *politique d'association*, en faisant participer les plus évolués des Camerounais à la vie publique.

L'enseignement s'est rapidement développé. Mais, on a eu soin d'éviter de faire, de ceux qui avaient reçu l'instruction, des mécontents et des revendicateurs. On a créé, ici comme en Afrique occidentale française, l'école rurale où le maître, au lieu de faire de l'enseignement théorique, initie l'enfant à la vie paysanne. L'écolier apprend à semer, à cultiver, à planter, à soigner les animaux. Ainsi l'école ne dépayse pas l'indigène, elle en fait un artisan, elle lui apprend seulement à mieux vivre, elle lui donne les notions de prévoyance et d'initiative qui font défaut à l'indigène.

L'effort médical est si considérable que 61 % de l'impôt de capitation sont rendus aux indigènes sous forme de dépenses pour l'assistance médicale gratuite. La lutte contre la maladie du sommeil a été telle que le pourcentage des sommeilleux, dépistés, n'atteint même pas 1/2 % pour tout le territoire. Un Institut Pasteur va être fondé à Yaoundé, signe que la France a la ferme intention de ne pas abandonner ce pays, que le Dr Jamot et ses collaborateurs ont sauvé de la maladie du sommeil.

Les Camerounais, conscients de ce que la France a fait pour eux et se souvenant des sévices dont ils souffraient du temps des Allemands, redoutent par-dessus tout le retour des premiers occupants. Ils veulent à tout prix rester sous la tutelle française.

Lettres, protestations de fidélité à la France, adresses aux Gouverneurs : ils ne savent comment témoigner leur attachement à notre pays. Ces documents poignants, le Dr Pasteur Vallery-Radot, les a eus entre les mains. Il les a lus dans sa conférence. Ces documents sont le témoignage de l'attachement indiscutable des Camerounais à la France. *Le Cameroun est et doit rester français.*

Ces déclarations venant d'un homme dont on connaît la clairvoyance et la pondération ne pourront manquer d'avoir une portée considérable dans les circonstances actuelles.

F. L. S.

Ligue française contre le rhumatisme. — *Assemblée générale du samedi 11 mars 1939.* — Séance clinique du matin, à 10 heures, Hôpital Broussais, 96, rue Didot (Clinique du professeur Villaret) : « Le fonctionnement du centre de triage des stations hydro-minérales de l'hôpital Broussais ».

Présentation de cas cliniques et discussion : Professeur Villaret, docteur Justin-Besançon, professeur Laubry, professeur Abrami.

Séance administrative, à 16 heures, hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris. Sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine.

Dîner amical à 20 heures, au restaurant Rat, 34, boulevard Saint-Marcel. Tenue de ville, prix : 45 francs, service compris. Prière de s'inscrire le 8 mars au plus tard, en joignant le montant de la souscription, soit 45 francs, en chèque ou chèque postal : Paris 1414-50.

Réunions de la Ligue en 1939. — Le samedi 29 avril, à 9 heures, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du docteur Weissenbach, séance consacrée au sujet suivant : « Rhumatismes chroniques et affections cutanées ».

Cette séance coïncidera avec le banquet de l'Internat, qui doit avoir lieu le soir.

— Au mois d'octobre, journée à l'École d'Alfort.

REVUE GENERALE

LES AVITAMINOSES

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Par M. le Professeur G. CARRIÈRE et M. P.-J. GINESTE
(de Lille)

Le problème des vitamines n'appartient plus tout entier au domaine expérimental. Les découvertes récentes de la chimie ont permis d'introduire dans la pratique médicale des préparations très concentrées, soit de produits cristallisés ou synthétiques (vitamines B_1, C et D), soit de produits hautement purifiés (vitamine A).

La vitaminothérapie a pris dans ces conditions une extension considérable, gagnant la plupart des chapitres de la pathologie. Alors que personne ne songe à mettre en doute la rareté des manifestations cliniques de carence franche, caractérisée, on administre des doses massives de vitamines dans les affections les plus variées. Ces tentatives, qui semblent parfois désordonnées, sont-elles justifiées ?

La question est trop vaste pour que nous puissions en faire, dans cet article, une revue complète.

Nous rappellerons brièvement les notions élémentaires sur la structure et la classification des vitamines (Tableau I), sans insister sur les manifestations classiques de carence, dont on trouve une description parfaite dans de nombreux traités.

Nous voulons simplement attirer l'attention sur quelques aspects actuels du problème clinique des vitamines, en réservant une attention particulière à la symptomatologie des avitaminoses frustes et aux données récentes sur le terrain carentiel.

TABLEAU I

CLASSIFICATION DES VITAMINES

I. — FACTEURS LIPO-SOLUBLES.

Vitamine A	Antixérophtalmique
Vitamine D (calciférol)	Anti-rachitique
Vitamine E	Vitamine de reproduction
Vitamine K	Antihémorragique

II. — FACTEURS HYDRO-SOLUBLES.

Complexe B :	
Vitamine B_1 (aneurine)	Antipolynévritique
Vitamine B_2 (lactoflavine)	Facteurs de croissance
Vitamine B_3	Facteurs de croissance
Vitamine B_4	Facteurs de croissance
Vitamine B_5	Facteurs de croissance
Vitamine W	
Vitamine P P	Antipellagreuse
Vitamine B_6	Antiacrodynique
Vitamine H	Anti-séborrhéique
Vitamine C (acide ascorbique)	Antiscorbutique
Vitamine P	Antihémorragique

SYMPTOMATOLOGIE DES AVITAMINOSES

A mesure que les carences bien caractérisées disparaissaient du domaine clinique, on s'attachait de plus en plus à découvrir les petits signes qui révèlent une avitaminose fruste, les tests physiologiques qui démasquent une carence occulte du terrain. Ces recherches ont fait apparaître une symptomatologie très riche, basée sur des faits cliniques et sur des faits expérimentaux, et dont certains éléments sont suffisamment caractéristiques pour entraîner le diagnostic.

A) LE SYNDROME CUTANÉO-MUQUEUX DES CARENCES. — Il prend actuellement une importance capitale dans le diagnostic des avitaminoses.

Résumés de façon très simple, voici les symptômes les plus caractéristiques de ce groupement :

1° *Un trouble de la kératinisation des épithéliums de revêtement ou de la cicatrisation des plaies doit toujours faire penser à l'avitaminose A.* Rentrent dans cette catégorie les hyperkératoses et les parakératoses, la sécheresse de la peau, les retards dans la cicatrisation des plaies traumatiques, l'apparition de plaques de kératinisation au niveau des muqueuses (*colpokératose vaginale*).

La *xérophtalmie* réalise l'ultime étape de ce processus de kératinisation au niveau de la cornée : dans les cas frustes, le premier symptôme oculaire est l'*héméralopie*, dont la valeur comme signe avertisseur de l'avitaminose A n'est plus discutée.

2° *Un trouble œdémato-érythémateux du tégument externe, en l'absence de tout facteur infectieux ou toxi-alimentaire avéré, doit faire penser à l'avitaminose B.*

(Il est d'ailleurs possible qu'un déficit du complexe hydro-soluble B sensibilise le tégument externe à l'action des facteurs toxiques ou infectieux.)

A côté des formes typiques d'*acrodynie*, de *pellagre* et de béri-béri humide, il est possible de faire entrer dans le groupe des dermatoses par carence en facteur B certains érythèmes cycliques, certains œdèmes locaux qu'on se contente le plus souvent d'attribuer à des états de dystonie vago-sympathique, à des déséquilibres vaso-moteurs, dont nul ne songe à rechercher plus loin l'origine.

Il est curieux de rapprocher de ces troubles l'existence, dans le complexe B, d'un *facteur antiséborrhéique* : on connaît depuis longtemps l'efficacité de la thérapeutique soufrée dans la séborrhée ; or, la vitamine B_1 cristallisée renferme un atome de soufre.

3° *Un trouble généralisé de la physiologie dentaire doit faire penser aux avitaminoses C et D.*

En faveur de la carence en facteur C, on retiendra surtout la fréquence des hémorragies gingivales, le déchaussement facile des dents ; en faveur d'une carence en facteur D, il faut noter les caries multiples à répétition, la pyorrhée alvéolo-dentaire rebelle.

Il est bien certain qu'on doit se garder, dans l'interprétation de tous ces troubles, de conclure à des étiologies exclusives : la pyorrhée alvéolo-dentaire peut être déterminée par de nombreux facteurs, et il n'est pas sûr que l'avitaminose D joue un rôle prépondérant dans l'étiologie des caries...

4° La même réserve s'impose encore plus fortement dans l'interprétation des *troubles pigmentaires :* la *mélanodermie* peut s'observer dans la pellagre et dans l'avitaminose A, mais les lésions associées de l'épiderme sont en général plus caractéristiques.

Enfin, nous ne ferons que signaler dans ce paragraphe la tendance aux ecchymoses sous-cutanées et muqueuses, appartenant au syndrome hémorragique des avitaminoses C, P et K.

B) Syndrome hémato-vasculaire. — L'*hémorragie* et l'*anémie* sont des symtômes communs à la plupart des carences : leur gravité peut être extrême dans certains cas.

1° *Le syndrome hémorragique doit faire penser avant tout à la carence en facteur C.* Pétéchies, ecchymoses sous-cutanées, hémorragies gingivales, musculaires, viscérales et sous-périostées relèvent de la symptomatologie classique du scorbut. Les examens de laboratoire montrent un retard du temps de coagulation et une thrombopénie ; le signe du lacet est positif. Cependant, on sait que le syndrome hémorragique des carences n'est pas l'apanage exclusif du scorbut. Il existe une *vitamine K* anti-hémorragique dont l'absence produit l'apparition d'une symptomatologie identique, accompagnée d'un retard considérable du temps de coagulation.

De plus, suivant Szent-György, le syndrome hémorragique du scorbut serait lié, non pas à la carence en acide ascorbique, mais au déficit d'un autre *facteur P*, différent du facteur PP de la pellagre, et renfermé dans la citrine.

Notons également qu'on a observé, dans l'évolution des avitaminoses A et B, l'apparition d'hémorragies sous-cutanées ou digestives.

Ces notions apportent un élément nouveau et du plus grand intérêt à l'étude pathogénique des formes hémorragiques des maladies infectieuses. Celles-ci, nous l'avons signalé, déterminent constamment une polycarence par augmentation des dépenses vitaminiques. En fait, il semble que l'administration de fortes doses de vitamines ait donné, dans les infections hémorragipares, quelques bons résultats : selon Hasselbach (1936), la vitamine C exerce une action remarquable sur les petites hémoptysies répétées de la tuberculose pulmonaire ; selon Giraud et ses collaborateurs (1938), la vitamine A diminuerait la gravité et la fréquence des hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde.

2° Le *syndrome anémique* est aussi banal dans les carences que le sont les hémorragies : les avitaminoses A, B, C et D s'accompagnent presque constamment d'une anémie moyenne ou légère. Beaucoup plus important apparaît le rôle hématopoïétique du facteur B_3. Les recherches de Castle et de ses collaborateurs sur le traitement des anémies pernicieuses ont mis en évidence dans la muqueuse normale de l'estomac du porc un principe antianémique constitué par la réunion de deux éléments :

— un *facteur intrinsèque*,

— et un *facteur extrinsèque*, qu'on a cru pouvoir identifier avec la *vitamine* B_2.

Ces recherches apportent une contribution importante à l'étude des anémies par carence. Rencontre-t-on dans la pratique des syndromes Biermériens par avitaminose B ? La question n'est point résolue, mais on peut retenir des notions précédentes l'intérêt d'une médication polyvitaminique dans les anémies moyennes ou graves.

C) Syndrome digestif. — Dans la plupart des avitaminoses frustes, la symptomatologie pourrait se résumer en trois mots :

— asthénie,
— anémie,
— anorexie.

1° *L'anorexie est l'un des signes cardinaux de la carence en facteur B* : signe précoce, extrêmement marqué, au point que les expérimentateurs doivent nourrir les animaux carencés par gavage.

Les *vomissements alimentaires* répétés appartiennent également à la séméiologie des formes frustes d'avitaminose B.

Ces symptômes traduisent les modifications considérables et précoces que la carence en facteur B occasionne au niveau du tube digestif : atrophie de la muqueuse gastrique et des muscles lisses, hypochlorhydrie ou anachlorhydrie, hypotonie et diminution de la motricité du tractus digestif.

Avec moins de gravité, l'anorexie et l'hypochlorhydrie s'observent également dans l'*avitaminose A*.

2° Les troubles intestinaux des carences frustes sont représentées surtout par la *diarrhée : plus ou moins précoce, elle s'observe dans les trois avitaminoses A, B et C*, accompagnée parfois, surtout dans le scorbut, de phénomènes hémorragiques. Les phénomènes de carence sont en général intriqués avec des phénomènes infectieux : Lecocq a insisté particulièrement sur le pullulement de la flore intestinale dans l'avitaminose B, et montré que la production exagérée d'acides par des microbes divers aux dépens d'une ration riche en amidon peut déterminer l'apparition des symptômes béribériques, malgré la présence de vitaminoses B dans l'alimentation. La même intrication s'observe avec netteté dans la pathogénie des diarrhées tropicales. *La sprue se présente comme une polyavitaminose associée à une prolifération et à une exaltation de la flore microbienne et parasitaire.*

D) Syndrome de dystrophie osseuse et staturale. — 1° Le *retard de croissance* chez le nourrisson et le jeune enfant est encore l'un de ces symptômes qui sont l'apanage commun de la plupart des avitaminoses : on le rencontre dans la carence en facteur A, en facteur D, en plusieurs des facteurs du complexe B (facteurs B_2, B_3, B_4, B_5 et W).

En clinique, les petits troubles de la croissance s'associent aux signes que nous avons rappelés plus haut : asthénie, anorexie et anémie, pour réaliser un syndrome de polycarence fruste extrêmement fréquent à tous les âges de l'enfance, jusqu'à la puberté. Ce syndrome constitue dans la pratique l'indication la plus commune de la vitaminothérapie chez l'enfant : c'est l'indication majeure de nombreuses préparations commerciales, où les vitamines sont souvent associées aux sels de fer, de chaux, de phosphore et aux extraits glandulaires.

2° Les *troubles de l'ossification* relèvent déjà d'une pathogénie plus précise. Les *déformations osseuses classiques du rachitisme* : chapelet costal, thorax en entonnoir ou en carène, tibias incurvés, craniotabes, témoignent d'une avitaminose accentuée et souvent ancienne. Il faut accorder dans cette série un intérêt tout particulier aux signes du rachitisme fruste : *le retard de la marche, de l'éruption dentaire et de la fermeture des fontanelles, le bourrelet sus-malléolaire.*

La fragilité osseuse, le retard dans la réparation des os fracturés peuvent traduire également une carence occulte en facteur D, ce dernier jouant un rôle de premier plan dans la fixation du calcium sur les organes. Rappelons enfin que de nombreux auteurs rattachent l'*ostéomalacie*, affection exceptionnelle en France, à une avitaminose D de l'adulte (Margitay-Becht et Gömöry, 1936).

3° Les *douleurs osseuses*, souvent associées à l'anémie, traduisent la lésion essentielle du scorbut infantile ou maladie de Barlow : l'*hémorragie sous périostée*, siégeant le plus souvent au niveau du tibia et du fémur.

Assez fréquente à la fin du siècle dernier chez les nourrissons de 5 à 18 mois (Nobécourt), la maladie de Barlow et devenue aujourd'hui extrêmement rare : la vitamine C exerce une action curatrice rapide sur ces accidents, sauf dans la dernière période de l'affection, alors que les lésions sont devenues du type irréversible. Au cours de l'évolution, des fractures spontanées peuvent survenir.

4° Faut-il faire rentrer également dans le cadre des avitaminoses certaines formes de *rhumatisme chronique ?*

Les recherches récentes de Mouriquand et de ses élèves ont montré que des troubles ostéo-articulaires peuvent apparaître dans les formes prolongées du scorbut. Dans un autre ordre d'observations, on a signalé de bons résultats dans le traitement des arthrites chroniques par la vitamine B_1 : mais il est possible que cette action soit purement symptomatique et liée à la présence de soufre dans ce dernier produit. En somme, la vitamine B_1 et autres médications à base de soufre réaliseraient des aspects différents mais également actifs, de la thérapeutique soufrée dans le rhumatisme chronique.

Le rôle des avitaminoses B et C dans la pathogénie du rhumatisme reste donc incertain.

E) Le syndrome neurologique. — Il se résume pratiquement à la sémeiologie des polynévrites et du béri-béri.

1° *Troubles subjectifs. L'asthénie et les myalgies* sont les signes avertisseurs de l'avitaminose B : faiblesse et dérobement des jambes, lassitude générale, douleurs à la pression des masses musculaires et des troncs nerveux, crampes douloureuses spontanées. Les *sensations paresthésiques* rentrent également dans ce cadre : fourmillements, brûlures, piqûres. La *tachycardie, l'hypotension artérielle, les crises de dyspnée paroxystique et d'angoisse* ont été rapportées à la névrite du pneumogastrique.

2° *Signes objectifs :* ils sont représentés par *l'abolition des réflexes tendineux, les troubles de la marche* et *l'amyotrophie.*

L'étude des réactions électriques montre un abaissement de la chronaxie, précédant l'apparition de la classique réaction de dégénérescence.

Cependant, le syndrome neurologique des avitaminoses n'est pas caractéristique de la carence en facteur B. Les recherches de Chevallier et Espy ont démontré que l'avitaminose A s'accompagne d'un abaissement de la chronaxie des extenseurs, qui s'égalise à celle des fléchisseurs, réalisant ainsi une disparition de la chronaxie de subordination. Ce symptôme est précoce et peut dénoncer une carence inapparente.

3° En regard de ces troubles qui traduisent surtout une névrite périphérique, la *tétanie* peut apparaître au cours de l'avitaminose D. L'*hyperexcitabilité neuro-musculaire* et l'*hypocalcémie* accompagnent constamment les crises tétaniques.

F) Le syndrome génital. — Fragile entre toutes, la fonction génitale est l'une des premières à subir le contre-coup d'un trouble nutritif : l'atrophie testiculaire, l'arrêt de la fonction ovarienne, s'observent dans l'évolution prolongée des carences, en particulier dans les avitaminoses A et B. Il semble que dans ces cas, les lésions des organes génitaux expriment simplement au niveau d'un organe la déficience qui frappe l'organisme tout entier.

La découverte d'une vitamine E lipo-soluble a donné un nouvel intérêt au problème : certains cas de stérilité ou d'avortement habituel relèvent-ils d'une avitaminose E ?

Malgré quelques résultats thérapeutiques encourageants, la plus grande prudence s'impose dans l'interprétation pathogénique de ces troubles, et la notion d'avitaminose E ne sera admise qu'après une élimination rigoureuse des causes habituelles de stérilité. Enfin, rappelons que les recherches de *Giroud* et *Leblond* permettent de penser que l'acide ascorbique joue un rôle de premier plan dans la formation et la physiologie du corps jaune.

G) Troubles divers. — Avant de terminer ce tableau symptomatique il convient de rappeler quelques signes dont la rareté, la banalité ou l'apparition tardive diminuent la valeur diagnostique.

Dans cette catégorie rentrent la sécheresse des muqueuses respiratoires et la raucité de la voix, témoins d'une kératinisation des épithéliums respiratoires dans l'avitaminose A; au cours de cette même carence, on a signalé la fréquence des *calculs vésicaux*, au point que quelques auteurs font intervenir l'avitaminose A dans la pathogénie de la lithiase urinaire : la lithiase phosphatique serait la « *lithiase du pauvre* ».

L'augmentation du métabolisme basal dans les avitaminoses A et C, son *abaissement* dans l'avitaminose B; *l'hyperglycémie* de l'avitaminose B; *l'hyperazotémie* du scorbut, réalisent autant de symptômes dont l'intérêt peut être grand dans l'étude biologique des carences, mais qui ne joueront dans l'établissement du diagnostic qu'un rôle évidemment très effacé.

H) LES CARENCES INAPPARENTES. — Nous nous acheminons de la sorte vers les états de *carence inapparente.* Cette notion, due à Mouriquand et à son école, peut se définir ainsi : certains sujets sont en équilibre nutritif instable; ils ne présentent aucun signe clinique de carence mais leurs organes et leurs humeurs sont pauvres en vitamines. Il en résulte une déficience du terrain, dont l'effet le plus apparent est une diminution de la résistance aux infections.

Il est possible que certaines infections saisonnières comme la conjonctivite printanière (Mouriquand) soient en relation avec une inflexion passagère de la résistance du terrain.

Les recherches expérimentales et cliniques ont permis de mettre en évidence le rôle anti-infectieux des vitamines A et B. La vitamine C jouerait un rôle analogue, exerçant de plus une action anti-anaphylactisante et diminuant la sensibilité aux chocs.

Récemment, le traitement de l'asthme par l'acide ascorbique a été tenté : dans l'ensemble, les résultats sont satisfaisants. Enfin, la vitamine D aurait elle-même une action sur la sensibilité aux affections allergiques, et son administration à doses massives aurait donné des succès appréciables dans le rhume des foins.

Les carences inapparentes se révèlent donc cliniquement par une sensibilisation à l'infection et au choc colloïdoclasique. Existe-t-il des tests physiologiques ou physico-chimiques qui permettent d'apporter une preuve irréfutable de ces états ?

Les diverses épreuves qui tendent à reconnaître directement la teneur en vitamines des tissus et des humeurs peuvent se ranger sous deux chefs :

a) *Les méthodes biologiques*, dont le type est le dosage de la vitamine D dans le sérum humain par l'étude de sa valeur antirachitique chez le rat .Ces procédés sont dépourvus d'intérêt pratique.

b) *Les méthodes physico-chimiques*, très nombreuses, et dont nous retiendrons seulement celles dont la simplicité mérite une mention spéciale :

— *La recherche de la vitesse d'adaptation de l'œil à l'obscurité* (Jeans, Blanchard et Zentmire) et la *biomicroscopie oculaire* (Mouriquand, Rollet et Chaix-Audemard) qui permettent de dénoncer précocement une carence en facteur A;

— *Le dosage de la vitamine C par le dichlorophénol-indophénol*, qui peut être réalisé selon plusieurs variantes; le principe est le suivant : une solution de dichlorophénol-indophénol, injectée dans le derme se décolore d'autant plus vite que l'organisme renferme plus de vitamine C.

La recherche de l'élimination urinaire d'acide ascorbique est également très simple par cette méthode. On trouvera la technique détaillée de ces épreuves dans un article récent de Codvelle, Simonnet et Mornard (1).

*
**

Les indications cliniques que nous venons d'exposer brièvement ne peuvent donner qu'un aperçu très incomplet du problème immense que représentent les avitaminoses. D'ores et déjà, nous sommes certains que leur cadre clinique dépasse largement les manifestations classiques du scorbut, de la pellagre, du béribéri : on ne sera pas surpris que le champ offert à la vitaminothérapie ait acquis dans ces conditions un développement considérable.

(1) *Presse Médicale* 1938, N° 95, p. 1675.

ETIOLOGIE DES AVITAMINOSES

Les facteurs déterminants des carences peuvent se ranger sous quatre chefs principaux :

— Avitaminoses d'alimentation;
— Avitaminoses d'absorption;
— Avitaminoses d'assimilation;
— Avitaminoses de dépense.

1° *Avitaminoses d'alimentation.* — La carence d'origine alimentaire a longtemps résumé l'étiologie des avitaminoses : le scorbut des prisonniers et des marins, le béri-béri des asiatiques condamnés à une alimentation exclusive par le riz décortiqué, constituent des formules classiques; et l'on a pu supposer qu'une alimentation mal équilibrée constituait la seule cause des symptômes carentiels.

L'expérimentation, cantonnée à peu près uniquement dans la composition des régimes, renforçait encore cette façon de voir.

L'avitaminose en général prenait ainsi l'aspect d'un blème social beaucoup plus que d'une affection individuelle : il s'agissait de maladies pseudo-épidémiques, relevant d'une prophylaxie collective, dont les recherches cliniques et expérimentales permettaient de définir parfaitement les règles.

Vues sous cet angle, il est évident que les avitaminoses sont devenues très rares : l'alimentation, au moins dans nos pays, satisfait presque toujours à notre « besoin de vitamines ». Quelques considérations s'imposent cependant sur ce point :

a) *Une consommation exagérée de glucides augmente le besoin en vitamine B de l'organisme;* inversement, *la diminution de glucides* et *l'augmentation des protides dans la ration retardent l'apparition des signes de carence.* Les régimes trop riches en hydrate de carbone prédisposent donc à la carence en facteur B.

b) *L'anorexie, les restrictions alimentaires imposées par certains régimes,* pourraient entraîner un déséquilibre dans l'alimentation et une insuffisance dans l'apport de vitamines.

Il se trouve heureusement que les produits naturels les plus riches en ces éléments sont à la base de tous les régimes restreints : les laitages, les fruits, les légumes verts sont les derniers aliments que peut absorber un sujet anorexique ou soumis à un régime sévère (1). D'autre part, les signes de carence traduisent, non pas une insuffisance globale dans l'apport alimentaire, mais le déséquilibre produit par l'insuffisance de certaines substances minimales nécessaires à l'utilisation des aliments proprements dits. Les accidents de carence sont donc nettement différents des

(1) Une place exceptionnelle doit être réservée à certains régimes extrêmement sévères auxquels on a soumis des ulcéreux ; un régime lacté exclusif, prolongé pendant des mois, peut entraîner des symptômes graves de carence.

troubles déterminés par l'inanition. Bien plus, il semble que l'inanition puisse retarder l'apparition de certains signes d'avitaminose, et Mouriquand a démontré que le scorbut apparaissait d'autant plus tard chez les cobayes soumis au régime scorbutigène que ceux-ci s'alimentaient moins.

c) *La ration alimentaire normale renferme-t-elle une quantité suffisante de vitamine C ?* Un travail récent de Codvelle, Simonnet et Mornard donnerait à penser que le besoin normal en acide ascorbique est beaucoup plus élevé qu'on ne pensait jusqu'ici : il faudrait environ 100 milligrammes d'acide ascorbique par jour pour maintenir l'organisme humain en état de saturation. Or, cette dose est exceptionnellement fournie par le régime habituel. La carence occulte en vitamine C serait en conséquence très fréquente et contribuerait à réaliser un terrain propice au développement des infections. Toutefois, il ne semble pas que dans la pratique le stade asymptomatique soit souvent dépassé.

Le problème d'une carence alimentaire se pose donc rarement dans les conditions habituelles de notre existence; et si l'étiologie des avitaminoses était résumée par ce facteur, leurs aspects pathologiques seraient singulièrement restreints.

2° *Avitaminose d'absorption.* — Mais il ne suffit pas que tous les principes actifs soient contenus dans le régime pour qu'ils pénètrent dans le milieu intérieur : il leur faut franchir auparavant la barrière digestive. Dans les conditions physiologiques, une certaine quantité de vitamines se trouve normalement éliminée par voie intestinale. Pathologiquement, cette élimination peut atteindre des proportions beaucoup plus importantes : les inflammations, les états ulcéreux ou hémorragiques de la muqueuse intestinale entraînent des troubles profonds dans l'absorption digestive. Il n'est pas douteux que les entéro-colites chroniques, les épisodes dysentériques, provoquent une diminution dans l'absorption des vitamines. De même, l'insuffisance des sécrétions hépato-pancréatiques, l'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie peuvent avoir un résultat analogue en troublant la digestion des trois classes d'aliments.

Ce phénomène s'exagère encore du fait même de la carence : l'anorexie, l'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie comptent parmi les signes les plus frappants de l'avitaminose B, à tel point que de nombreux auteurs ont considéré longtemps ces phénomènes de carence comme l'expression d'une dénutrition générale des sujets. L'hypochlorhydrie s'observe également dans l'avitaminose A. Il se forme ainsi un véritable cercle vicieux, l'insuffisance digestive provoquant une carence qui aggrave à son tour les troubles de l'absorption.

3° *Avitaminose d'assimilation.* — Une fois qu'il a pénétré dans le milieu intérieur, le principe actif d'origine alimentaire n'a pas encore terminé son cycle évolutif.

Il doit souvent subir une série de modifications dont l'exemple est fourni par l'évolution de la vitamine A dans l'organisme, bien connue grâce à de nombreuses recherches expérimentales au premier rang desquelles figurent les travaux de Chevallier et de ses élèves.

Le facteur A se présente sous trois formes dans l'économie :

a) *La provitamine A ou β carotène*, d'origine alimentaire;

b) *L'hépato-vitamine A*, forme de stockage renfermée dans le foie;

c) *L'hémo-vitamine A*, dernier corps connu de la série, qui constitue la forme active de la vitamine.

La transformation du carotène en hépato-vitamine, puis de l'hépato-vitamine en hémo-vitamine obéit à des influences physiologiques encore mal définies, mais dont on commence à connaître certains aspects. On a démontré récemment que les animaux thyroïdectomisés ne pouvaient transformer le carotène en vitamine A (Schneider et Widmann). D'autre part, les troubles hépatiques — en particulier les cirrhoses — entraînent un abaissement considérable de la réserve hépatique en vitamine A.

Qu'on se trouve en présence de troubles du stockage hépatique ou de troubles dans l'évolution physiologique des produits issus du carotène, et il se produira une véritable avitaminose malgré un apport alimentaire et une carotinémie restés absolument normaux.

De ce fait, apparaît le rôle considérable que joue l'*éthylisme chronique* dans l'étiologie des carences : les cirrhoses alcooliques réalisent un véritable syndrome hépato-pancréatico-splénique, dont une alimentation mal équilibrée et des troubles gastro-intestinaux prononcés viennent souvent aggraver les effets.

La transformation de l'ergosterol en vitamine D dans le tégument externe sous l'influence des radiations ultra-violettes traduit un autre aspect du cycle physiologique des vitamines dans l'économie.

Lorsqu'un obstacle vient interrompre ce cycle, les phénomènes carentiels apparaîtront si l'alimentation ne renferme pas le dernier corps actif dans la chaîne des produits doués de propriétés vitaminiques : celui dont l'activité se manifeste directement, sans qu'il soit obligé de passer au préalable par un certain nombre de transformations. Ainsi, l'administration de carotène chez les cirrhotiques ne peut améliorer les symptômes relevant de l'avitaminose A.

4° *Avitaminose de dépense.* — Il se peut que les trois conditions que nous venons d'envisager dans les paragraphes précédents soient parfaitement remplies : l'alimentation est bien équilibrée, l'absorption digestive est normale, le cycle physiologique du facteur considéré s'effectue normalement dans l'économie. Cependant, il existe des cas où les tissus et les organes demandent une quantité supplémentaire de vitamines : la dose fournie par leur régime habituel ne suffit plus, et ce déséquilibre entraînera un véritable état carentiel par augmentation des dépenses.

Dans ce domaine, les « *carences inapparentes* », sur lesquelles Mouriquand et ses élèves ont été les premiers à attirer l'attention, prennent une importance de premier plan. Un sujet reçoit normalement une ration pauvre en vitamines, mais suffisante pour éviter l'apparition de tout signe clinique. Une infection, une intoxication survenant accidentellement sur

ce terrain vont agir comme des *facteurs de révélation* et démasquer l'avitaminose latente.

L'augmentation du « besoin de vitamines » a été signalé dans trois ordres de cas :

— Les *toxi-infections* aiguës, subaiguës ou chroniques. L'anorexie, les régimes restreints ou mal équilibrés viennent encore aggraver cet état, en diminuant l'apport des principes actifs au moment où l'économie en exige une dose plus forte. En particulier, le déficit en vitamine A dans la fièvre typhoïde, le déficit en vitamine C dans la tuberculose pulmonaire ont fait l'objet d'études récentes, et l'administration de ces produits en supplément du régime a donné des résultats encourageants;

— Les *hyperthyroïdies*, accélérant toutes les combustions de l'organisme, s'accompagnent d'un déficit marqué en facteurs A, B et C.

— Enfin, la *grossesse et la lactation*, où l'augmentation du besoin de vitamines (en particulier du facteur B) s'explique sans commentaires, l'organisme maternel devant subvenir en plus aux exigences du fœtus.

***

A l'opposé de ces états, où l'augmentation des dépenses peut révéler une carence occulte et entraîne de toutes façons une diminution dans le taux des vitamines tissulaires, il existe des cas dans lesquels le fonctionnement plus économique de l'organisme lui permet de résister à un régime très pauvre en principes actifs : recevant une ration identique, un sujet normal présenterait des signes de carence.

Ce sont les *facteurs d'inapparence* de Mouriquand, s'opposant aux facteurs de révélation, et pouvant masquer très longtemps un véritable état d'avitaminose.

C'est ainsi que la *déshydratation* et la *sous-alimentation* retardent l'apparition des symptômes d'avitaminose C, et provoquant finalement l'apparition de signes de dystrophie générale à la place des manifestations caractéristiques du scorbut, même atténuées. De même, l'*âge* retarde l'apparition des signes d'avitaminose : les sujets étant d'autant moins sensibles, les signes d'autant moins caractérisés que leur âge est plus avancé.

***

Envisagée sous ces divers aspects, l'étiologie des carences se résume dans un certain nombre de causes principales :

1) Le *déséquilibre alimentaire*, facteur fondamental des avitaminoses classiques, dont l'importance pratique paraît actuellement assez réduite, excepté les réserves que nous avons faites pour la vitamine C et les régimes lactés exclusifs.

2) Les *affections entraînant une perturbation prolongée de l'absorption digestive : gastrites et entérites, insuffisance des diverses sécrétions digestives, diabète sucré.*

3) L'*éthylisme chronique.*

4) Les *états toxi-infectieux.*

5) L'*hyperthyroïdie.*

6) La *grossesse* et la *lactation.*

Notons à ce sujet un point important : les diverses étiologies que nous venons de rappeler déterminent le plus souvent une polycarence en vitamines A, B et C : or, ces trois facteurs se trouvent associés dans beaucoup de produits naturels, ce qui, nous le verrons plus loin, simplifie la composition des régimes.

Ces brèves indications montrent l'extension que prend en pathologie le problème des carences : l'exposé des principaux symptômes de ces états traduit, de façon plus précise encore, nous l'avons vu plus haut, le développement de la question.

LA VITAMINOTHERAPIE

Il existe deux formes de vitaminothérapie :

— *La vitaminothérapie de complément*, dont le but est de compléter un régime qui n'apporte pas une quantité suffisante de vitamines;

— *La vitaminothérapie symptomatique*, qui utilise les propriétés physiologiques d'une vitamine en dehors de toute notion de carence.

A) LA VITAMINOTHÉRAPIE DE COMPLÉMENT. — Les étiologies que nous avons passées en revue dans la première partie de cet exposé montrent que son domaine est déjà très large : carences d'alimentation, d'absorption, d'assimilation ou de dépense s'observent dans des conditions extrêmement variées. Nous avons noté qu'il s'agit le plus souvent de carences multiples. Cependant, il arrive que le tableau clinique réalisé par l'avitaminose soit dominé par le déficit d'un seul élément. Dans le *diabète sucré*, il semble que la carence en facteur B soit particulièrement marquée : les névralgies, l'abolition des réflexes tendineux, la stérilité et l'impuissance témoignent en faveur d'un tableau plus ou moins estompé de béri-béri diabétique. Dans la plupart des cas, il est impossible de faire le partage entre les signes qui relèvent de plusieurs carences associées : avitaminoses A et C dans les cirrhoses, avitaminoses A, B et C dans les infections et les hyperthyroïdies.

Partant de ces données, les indications principales de la vitaminothérapie de complément peuvent se résumer dans les deux propositions qui suivent :

1° *La plupart des carences observées en clinique réclament une vitaminothérapie associée.*

2° *Les carences d'origine alimentaire ou par augmentation des dépenses peuvent se contenter du complément de vitamines qu'elles trouvent soit dans un régime mieux équilibré, soit dans une médication administrée par voie orale. Dans les avitaminoses en relation avec un trouble de l'absorption (hyposécrétion des glandes digestives, diarrhée) ou bien avec un trouble du métabolisme des vitamines (cirrhoses du foie), la médication doit être administrée par voie parentérale.* De plus, il convient d'injecter, dans ce dernier cas, un produit directement actif : l'injection de carotène ne peut améliorer les signes d'avitaminose A dans une cirrhose hépatique, il faut recourir à l'hémo vitamine.

Les régimes hypervitaminés. — Beaucoup de produits naturels sont riches à la fois en vitamines A,

B et C et se prêtent admirablement à la réalisation d'une vitaminothérapie associée. Le tableau annexé à cet article (tableau II), dont nous avons emprunté les éléments au livre de Mme Randoin et Simonnet sur les vitamines, montre que les constituants habituels de notre alimentation renferment en fortes proportions les trois facteurs A, B et C.

Par contre, la vitamine D ne se rencontre en quantités appréciables que dans l'huile de foie de morue.

TABLEAU II

LA VALEUR EN VITAMINES D'UN CERTAIN NOMBRE D'ALIMENTS

Cité d'après Mme Randouin et Simonnet

NOMS DES ALIMENTS	VITAMINE A	VITAMINE B	VITAMINE C	VITAMINE D
Foie	++	+	+	
Jaune d'œuf	++	++	0	
Lait	+	++	±	±
Beurre	+			±
Blé entier	±	++	0	
Epinard	++	+	±	0
Tomate	++	+	++	
Carotte	+	±	±	
Betterave	±	+	±	
Laitue	++	±	++	
Chou	+	+	++	
Levure de bière	± ou 0	++	0	
Orange	++	++	+	
Citron	+	+	++	

Note : ++ forte activité (le pourcentage nécessaire pour éviter les phénomènes de carence est égal ou inférieur à 5 p. 100 de la ration).
\+ activité moyenne (pourcentage nécessaire 15 à 20 p. 100).
± activité faible (pourcentage supérieur à 50 p. 100).
0 activité nulle.

Avec l'aide de ces données, il est facile de réaliser un régime adapté à chaque cas clinique.

Nous traitons depuis un an environ les syndromes Basedowiens avec des résultats appréciables par un régime à base de jaune d'œufs crus battus dans du lait, de beurre, de légumes verts (en particulier épinards, tomates et laitues), de compotes de fruits, d'oranges et de jus de citron.

Une telle diététique conviendrait assez peu à des cirrhotiques; dans ce cas, la proportion de lipides alimentaires doit être restreinte, et nous avons vu que le carotène apporté par le régime ne pouvait être assimilé.

Les médications vitaminiques. — Le régime alimentaire est donc insuffisant dans un certain nombre de conditions :

— Lorsque l'affection présentée par le malade le condamne à un régime particulièrement sévère : c'est le cas de la fièvre typhoïde et des grandes pyrexies.

— Lorsqu'il s'agit d'une avitaminose d'absorption ou d'assimilation : c'est le cas des maladies de l'appareil digestif et des cirrhoses.

— Lorsqu'un symptôme de carence prend des proportions inquiétantes et qu'il faut mettre en jeu une thérapeutique massive et rapide pour le combattre : c'est le cas de la vitamine B_1 dans les syndromes polynévritiques, et de toutes les carences confirmées.

Dans tous ces cas, la voie parentérale est nettement préférable, mais, en dehors de ces indications précises, l'administration orale de vitamines pourra seconder utilement l'action du régime chez de nombreux sujets.

Les agents physiques et l'hygiène générale. — La vitamine D se rencontre rarement dans les produits alimentaires. Or, l'action de la lumière et en particulier des radiations ultra-violettes sur l'évolution du rachitisme est connue depuis longtemps. L'héliothérapie, les rayons ultra-violets seront donc indiqués chaque fois qu'une carence en facteur D peut être suspectée.

B) La vitaminothérapie symptomatique. — Il est peu de chapitres de la pathologie où la vitaminothérapie n'ait jamais été tentée. Une revue de ces essais, dont beaucoup restent incertains, serait fastidieuse. Nous préférons grouper les principales indications symptomatiques des vitamines selon plusieurs paragraphes :

1° *L'asthénie, l'anorexie et l'anémie,* trépied symptomatique des polyavitaminoses frustes, bénéficieront souvent d'une médication polyvitaminique, en dehors de toute notion de carence. La convalescence des maladies infectieuses, les troubles de la croissance et de la puberté, le surmenage intellectuel ou physique, toutes les inflexions passagères du terrain réalisent l'indication classique des préparations à base de vitamines A, B, C et D.

2° *La douleur est l'indication majeure de la vitamine B_1* : douleurs dans les polynévrites d'étiologies les plus diverses, névralgies sans signes objectifs. Dans beaucoup de ces cas, il est difficile de dire si la vitamine B_1 joue le rôle d'un agent étiologique ou purement symptomatique : la carence en facteur B ne joue-t-elle pas un rôle prédominant dans les névrites diabétiques et les polynévrites de la grossesse ?

L'*amyotrophie* bénéficiera également de cette thérapeutique.

3° *L'hémorragie, la fragilité des parois vasculaires sont l'indication majeure de la vitamine C.*

Les travaux de Szent-Györgi donnent à penser que le syndrome hémorragique du scorbut dépend en réalité d'une carence en un facteur PP renfermé dans la citrine, et différent de l'acide ascorbique. Cependant, l'acide ascorbique a donné dans un certain nombre d'affections hémorragiques des résultats intéressants : *l'ulcère gastro-duodénal* en particulier lui serait redevable de rémissions prolongées (Hanke). De toutes façons, le jus de citron et l'orange renferment en proportions importantes les vitamines C et PP associées à la vitamine A, et la valeur anti-hémorragique de ces aliments mérite d'être retenue.

4° *Les décalcifications osseuses et dentaires, l'évolution des cals de fractures, les infections aiguës ou chroniques des os seront influencés heureusement par la vitamine D.* Celle-ci facilite l'absorption digestive du calcium alimentaire et se comporte comme un agent fixateur du calcium sanguin sur le squelette.

5° *La cicatrisation des plaies traumatiques ou chirurgicales, surtout infectées; l'évolution des brûlures étendues, sont accélérées par l'application locale des solutions huileuses de vitamine A.* La vitamine A est

actuellement très employée en pathologie externe : non seulement elle hâte la cicatrisation des plaies, mais encore elle influe sur la consistance et l'aspect de la cicatrice; dans un cas de brûlures très étendues, Carcassonne et Luccioni ont obtenu récemment une cicatrisation parfaite. Dans les recto-colites ulcéreuses, les lavements huileux de carotène donneraient également de bons résultats (Rachet).

6° *Le déséquilibre physico-chimique des humeurs, la sensibilité aux chocs colloïdoclasiques peuvent être traités avec succès par les vitamines C et D.*

Le traitement de l'asthme par l'acide ascorbique; le traitement du coryza spasmodique par la vitamine D ont donné des résultats encourageants. Ces tentatives sont logiques, les carences en facteurs C et D s'accompagnent fréquemment, nous l'avons vu plus haut, d'une instabilité de l'équilibre colloïdoclasique, d'une hypersensibilité aux chocs.

7° *Les corrélations des vitamines et de certaines fonctions hormonales* incitent à rechercher dans la vitaminothérapie un nouveau procédé d'action sur l'équilibre endocrinien. *L'utilisation de la vitamine C dans la maladie d'Addison* a provoqué une diminution de la mélanodermie, sans amélioration sensible des autres symptômes (Wilkinson et Ashford).

L'acide ascorbique jouerait également un rôle dans la formation et la physiologie du corps jaune, et son utilisation mériterait d'être tentée dans certains cas de dysménorrhée (Giroud et Leblond). *Les vitamines A et C exercent une action inhibitrice sur la fonction thyroïdienne*, et nous avons récemment publié quelques observations de syndromes Basedowiens améliorés par de fortes doses d'acide ascorbique. *Inversement, il semble que la vitamine D exerce une action stimulatrice puissante sur la thyroïde et son essai* dans les insuffisances glandulaires pourrait donner peut-être des résultats intéressants. Enfin, *l'action synergique des vitamines B et de l'insuline* indique leur intérêt dans le traitement du diabète.

***

Nous arrêterons là cette énumération des indications principales de la vitaminothérapie.

Un dernier point reste à signaler. Plus encore que le traitement des carences, la vitaminothérapie symptomatique conduit à l'emploi de doses massives, de solutions concentrées. Ces pratiques ne comportent-elles pas certains dangers ?

C) Accidents et contre-indications de la vitaminothérapie. — La notion d'*hypervitaminose* est récente; elle a été particulièrement étudiée pour les vitamines A et D.

1° *L'hypervitaminose A* se traduit par des troubles très voisins de ceux que détermine l'avitaminose : amaigrissement et arrêt de croissance, lésions pulmonaires et osseuses, rhinites hémorragiques. Les doses nécessaires pour provoquer ces accidents sont très élevées et dépassent largement les doses usuelles en thérapeutique.

2° *L'hypervitaminose D* se traduit par une cachexie généralisée. On observe des parésies, des contractures musculaires des extrémités, des hémorragies nasales et auriculaires. La calcémie est supérieure à la normale; les cartilages de conjugaison se soudent prématurément, on note des dépôts calcaires au niveau des artères et des tissus. Ce syndrome, bien connu par les recherches expérimentales de Collazo, Rubino et Varela, a été rencontré par Marfan chez des enfants soumis à un traitement trop intensif par les rayons ultraviolets. Chez l'adulte, il faudrait plusieurs centaines de mille unités de vitamine D, administrées chaque jour pendant plusieurs mois, pour déterminer des accidents.

3° *L'hypervitaminose C* ne s'observe pas dans l'expérimentation (Villard, Viallefon et Diacono, 1935). Cliniquement, Widenbauer (1936) a signalé chez des enfants ayant reçu de 100 à 6.000 milligrammes d'acide ascorbique des incidents qui semblent relever d'un déséquilibre vaso-moteur à prédominance vagotonique : dermographisme, hyperémie cutanée, érythèmes rubéoliforme et scarlatiniforme, urticaire, œdèmes, augmentation du péristaltisme intestinal. Ces incidents sont dépourvus de gravité et disparaissent spontanément.

4° Enfin, l'*hypervitaminose B* n'a guère d'existence clinique, ni expérimentale : des doses énormes ont été administrées à des cobayes sans déterminer le moindre accident.

Le danger des hypervitaminoses doit donc être ramené à de justes proportions : pratiquement nul pour les vitamines B et C, il reste bénin pour les vitamines A et D, si l'on évite un traitement massif et prolongé. Une mention spéciale doit être accordée toutefois aux préparations d'ergostérol irradié : on sait que celles-ci renferment toute une chaîne de produits dont certains sont à la fois dépourvus de toute action antirachitique et doués de propriétés toxiques (tachysterol, toxisterol). Dans un traitement qui demande des doses importantes de facteur D durant une période assez longue, il sera préférable d'employer des solutions de vitamine D cristallisée plutôt que les produits bruts de l'irradiation de l'ergosterol.

Enfin, rappelons que l'administration de vitamine C comporte une contre-indication précise : le *cancer*. Les recherches récentes semblent en effet montrer l'action accélératrice de l'acide ascorbique sur l'évolution des tumeurs.

***

Dans l'ensemble, les vitamines comptent parmi les agents thérapeutiques les moins dangereux qui soient à notre disposition.

Beaucoup de leurs applications cliniques en sont au stade expérimental : ces tentatives, pour la plupart, reposent sur des bases physiologiques bien définies, et leur intérêt ne peut donc être méconnu.

L'éducation des parents, par Wilhelm Stekel, traduit de l'allemand par Hélène P. Bernheim. Un vol. in-16, double-couronne. Prix : 20 fr. Collection *Psychologie*. Éditions de la Nouvelle Revue Française, 5, rue Sébastien-Bottin, Paris (VIIe).

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

L'EMPLOI DES VITAMINES B CHEZ LE NOURRISSON

par M. L. BABONNEIX,
Médecin du Service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis

Il n'y a pas *une*, mais *des* vitamines hydrosolubles B, que l'on distingue à leur plus ou moins grande facilité à se laisser absorber par la terre à foulon, et dont les plus connues sont :

La *vitamine antibéribérique* (B^1) ;
La *vitamine de vie et de croissance cellulaire ;*
La *vitamine d'utilisation nutritive* (1).

Origine. — Les vitamines hydrosolubles B *se trouvent dans les aliments suivants*, rangés par ordre alphabétique (2) :

Amande, banane, betterave, carotte, citron, épinard, extrait de malt, foie, germes de céréales, jaune d'œuf, jus de viande, laitue, levure de bière sèche et fraîche, à condition qu'elle ait été cultivée sur moût de malt et traitée avce toutes les précautions désirables pour réduire au minimum les réactions d'oxydation au cours de la dessiccation (R. Lecoq), orange, petit-lait, poire, pomme de terre, prune, raisin, tomate, jus de viande crue.

Le lait en contient, mais peu.

Elle se trouve donc surtout : 1° dans les aliments riches en noyaux cellulaires ; 2° dans les enveloppes et germes des graines, où elle voisine avec les vitastérines.

Les aliments suivants *ne contiennent pas ou contiennent très peu de vitamines B* (antinévritique, d'utilisation cellulaire et névritique) : amidon, blanc d'œuf, extrait de viande, farine blanche de blé et farines purifiées, fécules, graisses et huiles.

Le lait de femme en contient très peu.

Le lait de vache en contient davantage, sa richesse en vitamines B variant, d'ailleurs, avec le mode d'alimentation ; médiocre en hiver, pendant le séjour à l'étable, elle se relève à l'époque des pâturages ; elle est peut-être suffisante pour le veau, grâce à la pullulation de certaines bactéries dans la panse de la vache : elle ne l'est sûrement pas pour le nourrisson (L. Ribadeau-Dumas).

La vitamine B est respectée par le maltage.

Expérimentation. — Chez le pigeon, la carence en vitamine antibéribérique (B^1) se traduit par de la *polynévrite aviaire*, avec paralysies généralisées, contractures et convulsions, phénomènes cérébelleux, aboutissant rapidement à la mort.

Une autre vitamine B est avant tout, comme le montre l'expérimentation, une *vitamine de vie et de croissance cellulaires.*

Une troisième *vitamine, d'utilisation nutritive* intervient surtout dans l'utilisation des glucides, mais aussi des lipides et des protides. On l'identifie aujourd'hui au *pigment respiratoire de jaune* de Warburg, à la *lactoflavine* de R. Kühn, Szent-Gyorgii et Wagner-Jauregg.

Ajoutons que : 1° les animaux recevant une ration alimentaire suffisante en substances énergétiques, mais insuffisantes en vitamines B, présentent des troubles digestifs appréciables aux rayons X et explicables par des lésions portant sur l'intestin, dont tous les éléments : muqueuse, chorion et surtout musculeuse, sont atrophiés ;

(1) Pour plus de détails, cf. L. BABONNEIX, *Les régimes chez l'enfant*, Paris, 1936, in-8°, p. 105-120.

(2) D'après L. RANDOIN et H. SIMONNET, *Les vitamines*, 1934, in-18, p. 97.

2° 100 U. I. de vitamine antinévritique sont contenues dans :

2 g. de levure de bière sèche ;
4 à 8 g. de germes de céréales ;
55 g. de farine complète ;
100 à 200 g. de carottes, épinards, salades ;
400 g. de pommes de terre ;
40 à 80 g. de jaune d'œuf (1).

3° Les vitamines B doivent être en équilibre avec les divers éléments de la ration alimentaire, et particulièrement les glucides (Mad. Randoin, Simonnet et R. Lecoq).

Notions physiologiques. — Le besoin physiologique de l'organisme en vitamine B est, chez le nourrisson, de 10 unités biologiques par kilog de poids, ce qui correspond à 100 g. de lait par kilog. ou à un milligramme environ par jour. Il s'élève parallèlement à l'augmentation du taux des glucides dans la ration et à celle de la nourriture en général (une unité biologique pour 20 calories d'aliment) (P. Rohmer) (2).

Le foie de l'enfant en est dépourvu (G. Mouriquand).

Lorsque le régime alimentaire est normal, l'avitaminose n'est pas à craindre. Il n'en va plus de même, lorsqu'il est à base de pâtes ou de farines hautement blutées, et qu'il ne comporte ni lait, ni fruits, ni légumes. C'est dire sa fréquence au cours d'un sevrage mal dirigé.

La vitamine B ne s'accumule pas dans l'économie et l'on ne connaît, actuellement, aucun trouble que l'on puisse attribuer à l'hypervitaminose correspondante.

Certaines levures du tube digestif, du type *Monilia*, consommeraient une grande partie de cette vitamine, pouvant ainsi déterminer des carences frustes. De même, les états d'acidose, parfois liés à un régime amylacé exclusif comme certains troubles neuro-végétatifs ou endocriniens ont pour conséquence une destruction très active des vitamines B. (R. Lecoq).

Indications (3). — Ce sont, chez le nourrisson :

1° Le *béribéri* (Hirota, 1888), caractérisé, au Japon et aux Philippines (José Albert), par des troubles cardiaques : tachycardie, dilatation du cœur, œdèmes, pâleur ou cyanose : respiratoires : dyspnée survenant par crises ; digestifs : anorexie, vomissements, constipation ou diarrhée verte ; nerveux : nervosité, paralysie des muscles du tronc, de la nuque et de la face, aréflexie tendineuse, réactions méningées ; généraux : arrêt de la croissance pondérale et staturale, hypertrophie spléno-hépatique, hypothermie, en Europe, par les mêmes accidents, survenant entre les 6e et 8e mois, dont les plus typiques sont les manifestations cardiaques, et qui sont, le plus souvent, méconnus : a-t-on, en examinant le régime, l'heureuse idée de le modifier, soit en y ajoutant les aliments contenant les vitamines B, soit en donnant celles-ci sous une forme pharmaceutique, l'amélioration est immédiate (A H. Bennett, Ed. Lesné et ses élèves) ;

2° Les *troubles digestifs* survenant du 6e au 8e mois, qui ont été parfaitement décrits par MM. L. Ribadeau-Dumas, R. Mathieu et Villemin : anorexie et, surtout, *constipation* (Atakaï), accompagnés d'agitation et d'insomnie, d'asthénie, d'hypotonie, parfois diarrhée (G. Mouriquand et Plagniel) ; coli-bacillurie.

Ces troubles sont d'autant plus aisément méconnus qu'ils sont *souvent frustes* (Ribadeau-Dumas), ou encore qu'ils *s'associent à d'autres avitaminoses ou à d'autres carences.*

(1) D'après Ed. LESNÉ et Mlle G. DREYFUS-SÉE, *Monde médical*, 15 juin 1936, p. 787.

(2) P. ROHMER. Les vitamines dans la pratique médicale, *Concours médical*, 13 *bis*, 30 mars 1938, p. 911-918.

(3) V. L. RIBADEAU-DUMAS. Les vitamines. Les grandes thérapeutiques, Paris, s. d., in-4° (Byla).

Les causes d'avitaminose B sont elles-mêmes *révélées* par divers facteurs (G. Mouriquand) : déséquilibre alimentaire, croissance, infections.

Mode d'administration. — On peut donner les vitamines B sous forme :

1° De *levure de bière,* qui les contient toutes : cependant, lorsqu'elle est cultivée sur moût de bière (levure basse), elle a une action surtout antinévritique, tandis que, cultivée sur mélasse de betterave diluée (levure haute), elle contient surtout le facteur de croissance (R. Lecoq). Le même auteur « a préparé un extrait de levure comportant ces « deux variétés, dont l'administration aux nourrissons per« met une bonne utilisation des substances alimentaires, no« tamment des farineux, qui peuvent être ainsi donnés pré« cocement avec de bons résultats ». (L. Ribadeau-Dumas).

La dose est de 1 g. par kilog. de poids.

2° De *produits spécialisés :*

Les uns, à base de *vitamine antinévritique,* se présentent sous forme de comprimés et d'ampoules.

Les autres, à base de *vitamine d'utilisation nutritive,* se présentent sous les mêmes formes : comprimés et ampoules.

Dans d'autres, la vitamine B est associée à des substances « encombrantes » : mousse de Corse, agar-agar.

D'autres sont à base de légumes ou de fruits : soit jus de légumes : carottes, épinards, tomates (Tobler), soit, plutôt, poudre de légumes (Tobler). Il existe, dans le commerce, des poudres de légumes qui, administrées par pincées dans chaque biberon, apporte au nourrisson les vitamines A, B, et C, et permet d'éviter, chez lui, la constipation ;

D'autres sont à base de germe de blé ;

Il y a aussi des préparations complexes contenant la vitamine B^1.

Comme nous l'avons dit, il n'y a pas à craindre d'accidents, la médication étant bien tolérée, puisque, d'une part, la vitamine B ne s'accumule pas dans l'organisme et que, de l'autre, elle est dépourvue, même à doses énormes, de tout effet toxique (Mad. Randoin et Fréd. Milhaud).

HYGIÈNE

Le typhus exanthématique au Maroc. — Depuis le mois de mai 1937, le typhus exanthématique, endémique au Maroc, a pris une allure épidémique. M. Dupouy consacre à cette épidémie une excellente étude parue dans les *Archives de médecine et pharmacie navales* (N° 3, 1938).

Le foyer principal se trouve au Sud de l'Atlas et dans le Haouz. Un autre foyer siège dans la région de Casablanca.

De mai 1937 à avril 1938 on note pour Casablanca :

			pour mille
712 cas	pour	185.000 indigènes, soit	3,8
139	»	73.500 européens	0,19
54	»	47.100 français	0,11
18	»	5.600 militaires	0,32
2	»	640 marins	0,31

La lutte contre la misère, la vaccination en masse de la population indigène au moyen du virus vivant de M. Georges Blanc (un million de vaccinations faites à ce jour) ont été les mesures prises ; elles constituent, d'après M. Etienne Burnet, la plus grande entreprise de prophylaxie collective qui ait été réalisée depuis la guerre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 28 février 1939

M. le Président annonce la mort de M. Antoine Béclère, ancien président de l'Académie. La séance est suspendue pendant quelques instants en signe de deuil.

Rapports. — M. Le Noir lit un rapport au nom de la Commission des Eaux minérales.

M. Lenormant lit les conclusions d'un rapport au nom de la Commission de la *Transfusion sanguine.* Ces conclusions se terminent par un vœu ainsi conçu :

« L'Académie émet le vœu que soit prévue dès le temps de paix l'organisation des centres chargés de la préparation du matériel nécessaire à la transfusion de sang humain conservé.

« L'Académie attache une telle importance à cette organisation qu'elle décide la nomination d'une commission permanente chargée d'en suivre l'application pratique en liaison avec les pouvoirs compétents. »

Après un échange d'observations entre MM. Hartmann, Gosset et Barrier, il est décidé qu'une discussion aura lieu dans quinze jours.

Le comportement du virus lymphogranulomateux à l'égard de néoplasmes épithéliaux. — M. Levaditi présente une note de R. Schoen, qui montre que le virus lymphogranulomateux se développe abondamment dans les cellules néoplasiques du *sarcome* d'Ehrlich, et il détermine l'apparition constante et abondante de corpuscules de Miyagawa. L'ensemble de ces recherches montre l'interdépendance de la pullulation intratumorale du virus lymphogranulomateux et de la nature de la tumeur prise en considération. L'affinité élective de ce virus pour les éléments d'origine mésodermique confère à la maladie de Nicolas et Favre le caractère d'une véritable *réticulo-endothéliose.*

Le premier sympathicolytique synthétique. — Dans une communication présentée par M. Em. Perrot, M. Raymond-Hamet montre qu'un dérivé indolique *synthétique* qui n'avait pas encore été étudié possède le pouvoir de paralyser le système nerveux sympathique. C'est le *premier produit de synthèse doué de cette propriété qui s'apparente chimiquement aux paralysants naturels du sympathique,* et plus particulièrement à la corynanthine. La chimiothérapie des sympathoses trouvera dans ces résultats des possibilités nouvelles.

Traitement des artérites oblitérantes par la méthode des compressions et dépressions alternées. — MM. J. Walser, L. Deglaude et Mlle H. Djévad Atjikalin ont appliqué à 12 cas d'artérite oblitérante la méthode des compressions et dépressions alternées à l'aide de l'appareil de MM. Rosenthal et Garsaux. Cette méthode vise à réaliser une sorte de massage musculaire excitant la motricité des collatérales et à provoquer une vaso-dilatation périphérique.

Les résultats obtenus ont été satisfaisants dans les deux tiers des cas : diminution ou disparition des douleurs et des troubles trophiques, augmentation de la capacité de marche.

L'augmentation de l'indice oscillométrique n'a accompagné qu'exceptionnellement l'amélioration fonctionnelle.

Le pourcentage des résultats favorables est sensiblement le même dans les deux sexes et ne paraît pas être influencé par l'âge des malades.

Thérapeutique des avitaminoses. — G. Mouriquand et J. Rollet (de Lyon). — Par des exemples expérimentaux empruntés à leurs études sur la thérapeutique des avitaminoses C et A, les auteurs montrent que la disparition complète des symptômes de la maladie par carence ne correspond pas obligatoirement à la guérison vraie de la maladie. La preuve en est que les sujets cliniquement guéris remis à la même avitaminose font des accidents beaucoup plus précoces que les animaux neutres provenant du chenil. Dans ces cas persiste après la guérison « symptomatique » une véritable « sensibilisation » liée à la persistance d'un terrain déséquilibré, asymptomatique, dont la guérison vraie, biologique, n'est obtenue que par une vitaminothérapie et un équilibre alimentaire longtemps prolongé, ramenant le « terrain » à « l'état neutre ».

Le déséquilibre du terrain précède et suit la phase « symptomatique » de la dystrophie.

Prix Albert Ier de Monaco. — En comité secret, l'Académie entend un rapport sur les candidatures à ce prix. Comme nous le laissions prévoir il y a huit jours, M. Jules Lefèvre est désigné par 61 voix sur 70 votants, pour l'ensemble de ses travaux de bio-énergétique.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 26 novembre 1938.

Catgut antidérapant. — M. G. Pascalis présente un catgut tressé absolument antidérapant et offrant les mêmes avantages que la soie sans en avoir les inconvénients.

Pour une contribution plus grande du corps médical à la prophylaxie antituberculeuse. — MM. Etienne Bernard et Jacques Weil montrent que dans la lutte antituberculeuse, notamment dans le domaine de la prophylaxie, l'effort des collectivités publiques doit demeurer intense, mais que le rôle des médecins, des médecins de famille notamment, peut et doit être intensifié. Il faut souhaiter dans la pratique journalière un emploi notablement accru des examens radiologiques. Tout doit être prétexte à une surveillance radiologique du thorax, convalescence de maladie, intervention chirurgicale, grossesse, cette prospection doit être particulièrement vigilante à l'égard de ceux qui sont en contact avec des enfants, personnes de service, membres du corps enseignant, etc. Nul médecin n'est plus autorisé à se contenter de l'auscultation dont les possibilités paraissent plus réduites au fur et à mesure que progressent nos appareils radiologiques. Le dépistage de la première infestation tuberculeuse de l'organisme chez l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte, grâce à la cuti-réaction, systématiquement répétée, jusqu'à son virage est également une méthode qui devrait être utilisée beaucoup plus fréquemment. Des examens systématiques sont aujourd'hui pratiqués dans les collectivités : armée, chemins de fer, P. T. T., milieux universitaires. Mais il n'y a pas de raison pour que les médecins praticiens s'excluent de cette vaste investigation. C'est au médecin qui pénètre dans une famille de faire jouer à l'égard de chacun de ses membres et du personnel de service tout le clavier prophylactique.

Problèmes post-sanatoriaux chez les tuberculeux osseux.— M. F. Berard étudie la question de la rééducation et du placement des tuberculeux osseux à leur sortie du sanatorium. Il montre en particulier les résultats qui ont été obtenus, dans cet ordre d'idées, à l'hôpital hélio-marin d'Hyères.

Traitement spécial à quelques fractures du col fémoral. — B. Georges Pascalis fait connaître un procédé d'une grande simplicité qui permet souvent, chez les vieillards tarésa tteints de fracture flottante du col fémoral, de réaliser l'engrènement des fragments et la mobilisation précoce.

La tomographie modifiera-t-elle notre conception de la tuberculose pulmonaire ? — M. Roger Renaux, dans sa statistique personnelle d'une centaine de tomographies pulmonaires, constate que : 1° tout malade en activité bacillaire présente une ou plusieurs cavernes ouvertes visibles à la radiographie analytique, même si la radiographie ordinaire est négative ; 2° tout malade ancien bacillaire guéri présente des traces de spélunques ou de nodules anciens, fermés avec parois calcifiées ; 3° tout malade non bacillaire quels que soient les signes cliniques apparents est un pseudo-tuberculeux. Les coupes postérieures ne montrent aucune caverne, tandis que les coupes antérieures rectifient le diagnostic, montrant diverses variétés de « dilatations kystiques ». Après avoir présenté une série d'observations typiques illustrées de nombreux clichés, l'auteur demande aux cliniciens s'il n'y aurait pas lieu, révisant notre conception de la tuberculose pulmonaire, de la considérer comme « un phénomène de Koch intra-pulmonaire » ?

Péritonites aiguës généralisées du post partum. — MM. J. Courtois et G. Philippe sont d'avis que les péritonites aiguës généralisées du post partum exigent une intervention immédiate, leur extrême gravité ne permet ni le doute ni l'attente et impose une incision exploratrice. Le début est instantané : quelques frissons, un pouls très rapide, une température dissociée, de la polypnée, un facies vultueux, font rechercher la douleur abdominale généralisée, mais exquise au niveau de l'utérus, du foie et de la rate. Le ballonnement et la diarrhée, signes de certitude, peuvent être tardifs. La contracture n'existe jamais. L'intervention assure un triple drainage (un drain sus-publien avec mi kulicz et deux drains pariéto-cliques), afin de prévenir les cloisonnements. Les sulfamides (streptocoques) ou le sérum de Vincent (colibacille) sont du plus haut intérêt.

La toxi-infection alimentaire chronique. — M. Pron constate que la plupart de nos boissons et aliments quotidiens sont privés artificiellement de certains de leurs principes essentiels ou plus ou moins frelatés chimiquement : pain, vin, œufs, fromage, beurre, fruits, eau, etc. Il voit là une cause de la diminution de la vitalité des générations actuelles.

LIVRES NOUVEAUX

Vingt Etudes pratiques de médecine infantile. — R. Liége. in-8°, 216 pages. G. Doin, éditeur.

Ce livre s'adresse aux praticiens. L'auteur, en face de cas urgents, difficiles, de la médecine infantile en face desquels il a pu se trouver soit à l'Hôpital dans le service du Professeur Nobécourt, soit en ville, donne l'essentiel des notions à connaître sur l'affection, en insistant sur le diagnostic et la conduite à tenir. L'énumération des chapitres traités (sténose par hyperthrophie musculaire du pylore du nourrisson, hypertrophie congénitale du col de la vessie, appendicite du nourrisson, méningite de la syphilis héréditaire, le diabète des tout-petits, la tétanie, l'acrodynie, néphrites et néphroses, Encéphalites de l'enfance, Hystérie, pithiatisme, mythomanies et maladies simulées dans l'enfance, syndromes adiporo-génitaux, l'ostéomyélite aiguë à forme septicémique, les fébricules prolongées de l'enfance et leurs origines, pneumococcies de l'enfance, la péritonite à pneumocoques, les abcès du poumon, traitement des broncho-pneumonies infantile, l'œdème aigu du poumon chez les enfants, organothérapie et opothérapie chez le nourrisson, la transfusion du sang dans l'enfance), suffit à montrer l'intérêt des questions traitées les unes par leur nouveauté, toutes par l'importance des décisions à prendre.

Le directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.


BULGARINE
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL
DE BACILLES BULGARES
GOUTTES
BOUILLON
COMPRIMÉS
POUDRE
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 19. — MERCREDI 8 MARS 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pneumonies graves traitées par pneumotomie, par M. le professeur Jean MINET et M. J. VANDECASTEELE (de Lille).

Psoriasis guéri par un auto-vaccin intestinal, par le médecin-lieutenant-colonel Stéphane PRAT.

CHRONIQUE.

Les journées médicales franco-yougoslaves (Paris, 2-4 mars 1939), par F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

A propos de la proposition de loi de M. le professeur G. Portmann, par M. Maurice MORDAGNE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société de neurologie. — Société de médecine militaire.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Signes et diagnostic de l'érythème noueux, par M. G. LE SUEUR.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux.*

Jury du concours : MM. les docteurs Bouchet, Leroux, Grivot, Bourgeois, Baldenwoeck, Lian, Bloch (René).

— *Concours de l'internat* (oral).

Séance du 3 mars 1939 : MM. Eman Zadeh, 23 ; Barré (Y.), 21 ; Gorin (R.), 27 ; Roblin, 19 ; Loubrieu, 23 ; Mlle Haller, 17 1/2 ; MM. Bernard (Pierre), 15 ; Thaon, 19 ; Laroche (Cl.), 20 ; Frinault, 20.

Questions : Diagnostic des ulcérations de la verge. — Signes et diagnostic des hémarthroses traumatiques du genou.

Séance du 4 mars 1939 : MM. Demassieux, 20 ; Roger (René), 23 ; Hussameddin, 23 ; Cahn (Léon), 22 ; Courjaret, 22 ; Goury-Laffont, 23 ; Deslandes, 18 ; Gibrat, 13 ; Courtenay-Mayers, 21.

Questions : Examen clinique d'un traumatisé du crâne. — Étude clinique des complications pleuro-pulmonaires des cardiopathies.

Hospice Paul Brousse et Institut du Cancer. — *Un concours pour cinq places d'internes en médecine*, à l'hospice départemental Paul Brousse, à l'Institut du Cancer et à la Maison de retraite de Villejuif s'ouvrira le 17 avril 1939.

Inscriptions à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 1er bureau, annexe Lobau, 2e étage, porte 227) du 6 au 18 mars inclus, de 10 à 12 et de 14 à 17 heures, samedis, dimanches et fêtes exceptés.

Hôpital-hospice d'Orléans. — Un concours pour la nomination d'un médecin ophtalmologiste aux hôpitaux d'Orléans aura lieu le 16 mai 1939, à l'École de Médecine de Tours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur de l'hôpital-hospice d'Orléans.

Faculté de Médecine de Paris. — *Clinicat.* — Un concours pour le clinicat des maladies mentales (deux places titulaires, sans indemnité) s'ouvrira le jeudi 30 mars, à 9 heures, à la clinique des maladies mentales (asile Sainte-Anne), 1, rue Cabanis.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté de 14 à 17 heures jusqu'au 20 mars.

Distinctions honorifiques. — ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE :

Sont promus au grade de commandeur : MM. le médecin général Blanchard ; le médecin général de la Marine Candiotti, M. Devraigne, à Paris ; le professeur Rocaz, à Bordeaux.

Sont promus au grade d'officier : MM. les docteurs Batier, à Strasbourg ; Bec, à Avignon ; Bergouignan, à Paris ; Berthoumeau, à Saint-Maurice (Seine) ; Biais, à Limoges ; le professeur Carrière, à Lille ; le médecin général Causeret, à Bordeaux ; les docteurs Cazejust, à Montpellier ; Chaboux, à Belley ; Clerc, à Paris ; Mlle le professeur Condat, à Toulouse ; les docteurs Contet, à Paris ; de Coopman, à Crépy-en-Valois ; Cros, à Mascara ; Cruveilhier. à Paris ; Deguiral, à

Carsac ; Demonchy, à Paris ; Denis, à Mâcon ; Dujarric de la Rivière, à Paris ; Fleurent, à Colmar ; Fitte, à Camiers (Pas-de-Calais) ; Fourcade, à Marmande ; le professeur Franquet, à Reims ; les docteurs Friteau, à Paris ; Gauthier, au Raincy ; Hautefeuille, à Carvin (Pas-de-Calais) ; Hery, à Paris ; le médecin lieutenant-colonel Jame, à Paris ; Le Calvé, à Redon ; le médecin colonel Lefèvre, à Paris ; le professeur Legrand, à Lille ; le médecin-lieutenant-colonel Lortholary, à Paris ; Manet, à Paris ; Mas, à Lodève; Mettey, à Belfort ; Meurdrac, à Paris ; le médecin commandant Moynier, à Paris ; Panis, à Commercy ; Richard, à Mâcon ; Robert, à Versailles ; Rosenthal, à Paris ; Savary, au Mans ; Simon, à Semur-en-Auxois ; Simonin, à Orléans ; Spimetta, à Nice ; Sureau, à Paris ; Tardif, à Longué (Maine-et-Loire) ; Vieilledent, à Lille ; Vignaud, à Paris ; Vuillemot, à Blida (Algérie).

Sont nommés au grade de chevalier : MM. les docteurs Allen, à Entrains (Nièvre) ; Mme Anchel, née Blach, à Paris ; Audy, à Huisseau-sur-Cosson (Loir-et-Cher) ; Blaire, à Aubigny-en-Artois (Pas-de-Calais) ; Blanchard, à Vanconcourt (Haute-Saône) ; Blandin, à Chenac-sur-Gironde (Charente-Inférieure) ; Boichon, à Panissières (Loire) ; Bonifay, à La Seyne-sur-Mer (Var) ; Bonnamy, à Brive ; Bonnet, à Paris ; Mlle Brosse, à Paris ; Burnier, à Paris ; Calazel, à Foix ; Capelin, à Meaux ; Casenave, à Hendaye ; Castagnol, à Rouen ; Chaplain, à Ansauvillers (Oise) ; Chausserie-Laprée, à Paris ; Clarou, au Vigan ; Clers, à Saint-Pierre-d'Albigny ; Collin, à Caen ; Corbier, à Paris ; Corticchiato, à Paris ; Coupeau, à Neufchâteau (Vosges) ; Crehange, à Nancy ; Dally, à Paris ; Delaveuve, à Saint-Dié ; Delhoume, à Pierrebuffière (Haute-Vienne) ; Delinotte, médecin lieutenant-colonel, à Paris ; Delon, au Theil-sur-Huisne (Orne) ; Delthil, à Paris ; Desfarges, à Busset (Allier) ; Dreyfus, à Guebwiller (Haut-Rhin) ; Dubreuil, à la Riche (Indre-et-Loire) ; Dumas, à Vernières (Vienne) ; Encausse, à Paris ; Eon, à Dinan (Côtes-du-Nord) ; Farouz, à Oran ; Fassou, à Marseille ; Faugeron, à Paris ; le professeur Filachet, à Amiens ; Fournier, à Clermont-Ferrand ; Ganivet-Lagrange, à Cognac (Charente) ; Garnier, à Arcueil (Seine).

(Voir la suite page 338.)

CHRONIQUE

LES JOURNÉES MÉDICALES FRANCO-YOUGOSLAVES

(Paris, 2-4 mars 1939)

La semaine dernière, sur l'initiative d'un Comité présidé par M. le professeur Emile Sergent, et dont les secrétaires étaient MM. Jean Braine et André Ravina, cinquante-sept médecins yougoslaves sont venus participer à des journées médicales.

La séance inaugurale eut lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine. M. le maréchal Franchet d'Esperey présidait. A sa droite : S. Ex. M. Pouritch, ministre de Yougoslavie à Paris, M. Le Provost de Launay, président du Conseil municipal, M. le professeur Henri Hartmann. De l'autre côté : M. le recteur Roussy, M. le doyen Tiffeneau, M. le professeur Alexandre Kostitch, doyen de la Faculté de Médecine de Belgrade, M. le professeur Sergent.

Dans l'amphithéâtre rempli par de très nombreux confrères français, nous reconnaissons MM. Popovitch, Yovtchitch, président de l'Association des médecins yougoslave des universités françaises, MM. les professeurs M. Kostitch, Kojen, MM. Stayitch, Fotitch, Stankovitch, Krstitch et Garnier, de Belgrade. Nous citons ces confrères sans ordre, au hasard des rencontres et nous nous excusons de ne pouvoir les citer tous.

M. le maréchal Franchet d'Esperey, *voïvode* de l'armée yougoslave est acclamé quand il se lève pour prendre la parole. Il rappelle que, d'après Hindenburg, ce fut la division yougoslave qui amena la décision et l'écroulement de l'Allemagne. Avec émotion, il salue les médecins et les étudiants venus de la Serbie héroïque et des terres rédimées de la Croatie et de la Slovénie.

« Messieurs, dit-il, soyez les bienvenus dans notre capitale, elle vous ouvre ses portes et son cœur. »

M. le doyen Alexandre Kostitch, de Belgrade, affirme la fidélité de son pays à la culture française. « Si la France géographique garde ses frontières exactement limitées, la France spirituelle, la France intellectuelle et la France morale n'en possèdent point... »

Après le doyen de Belgrade qui fut salué à son tour par une chaude ovation, M. le professeur Sergent, M. le doyen Tiffeneau, M. le professeur Henri Hartmann et notre collègue et ami Jean Braine, l'ardent animateur des journées, vinrent à leur tour apporter leur salut chaleureux à nos confrères yougoslaves.

Un lunch fut ensuite offert par l'A. D. R. M, puis les congressistes visitèrent l'hôpital Curie, l'Institut du Radium, l'Institut du Cancer et le nouveau Beaujon, avant de se rendre à l'Hôtel de Ville, où M. Le Provost de Launay, président du Conseil municipal, entouré de ses collègues, les reçut officiellement.

Le second jour fut marqué par l'hommage au Soldat inconnu, la visite de l'Institut Pasteur, de l'amphithéâtre d'anatomie et divers hôpitaux.

Enfin, samedi, après une réception à la Légation de Yougoslavie, ce fut la visite au tombeau de l'Empereur, et le soir le banquet final, sous la présidence de M. le professeur Hartmann assisté de M. Chataigneau, secrétaire général de la Présidence du Conseil, représentant le président Daladier.

— Lundi matin, en revenant de Reims, où il visitèrent la cathédrale ressuscitée, les congressistes allèrent pieusement déposer des fleurs au monument des rois Pierre et Alexandre.

— Au moment où prennent fin ces émouvantes journées qui montrent avec tant d'éclat la fidélité de nos amis yougoslaves, comment ne pas remercier de tout cœur ceux qui, à Paris, furent les artisans de cette heureuse rencontre : MM. Emile Sergent, Jean Braine, Ravina et Ameline.

F. L. S.

PNEUMONIES GRAVES TRAITÉES PAR PNEUMOTOMIE

Par MM. JEAN MINET et J. VANDECASTEELE

Traiter chirurgicalement une pneumonie, même en lui donnant l'épithète de grave, peut sembler en première analyse sinon un non sens thérapeutique, du moins une conduite tout à fait contraire aux errements classiques. En effet, on estime habituellement que l'ouverture d'un foyer pulmonaire non abcédé est susceptible d'amener des complications inquiétantes. Il n'en est rien. Au contraire, l'intervention chirurgicale peut parfois mettre un terme à des lésions pulmonaires dont l'évolution paraissait irrémédiable et la terminaison fatale imminente.

La première fois que l'un de nous eut l'occasion de faire semblable observation, ce fut à propos d'une erreur de diagnostic. Appelé en consultation par le docteur Butruille, de Roubaix, il avait confirmé un diagnostic de pleurésie purulente qui semblait indiscutable : tous les signes y étaient, matité, vibrations abolies, silence respiratoire, fièvre à grandes oscillations, et une ponction exploratrice avait ramené une goutte de liquide puriforme riche en pneumocoques. Le malade est transporté à la clinique Ambroise Paré à Lille et confié au professeur Le Fort. Ce court transport l'a beaucoup fatigué et son état s'aggrave rapidement. Lorsqu'on l'examine, avec le professeur Le Fort, peu de temps après son arrivée à la clinique, il est extrêmement dyspnéïque ; la face et les extrémités sont cyanosées ; le pouls est incomptable ; le cœur bat dans le lointain, à peine audible. Le professeur Le Fort fait une incision et une résection de côte : la plèvre apparaît, d'aspect normal ; incisée, elle est libre et ne contient pas de liquide. Soupçonnant qu'un gros abcès pulmonaire superficiel en a imposé pour une pleurésie et que l'aiguille exploratrice a pénétré dans cet abcès, on incise la plèvre viscérale et le poumon sous-jacent au thermocautère ; on entre dans du tissu hépatisé et dur, mais des ponctions faites dans des directions différentes ne ramènent pas de pus. Un drain est laissé en plein parenchyme pulmonaire. Quelques heures après (nous sommes au sixième jour d'évolution), une détente rapide se produit ; la température descend brusquement de 40° à 37°2 ; une crise urinaire accompagne la disparition de la cyanose ; le cœur se ralentit ; le pouls redevient perceptible. Au bout de peu de jours, le malade entre en convalescence. Le drain pulmonaire n'a donné que quelques gouttes de sérosité sanguinolente ; il est retiré rapidement et la guérison survient, complète et sans séquelle.

A plusieurs reprises, lorsque l'un de nous dirigeait la clinique médicale infantile de Lille, il a eu l'occasion, se souvenant de ce fait qui l'avait profondément impressionné, de confier au chirurgien des foyers d'infection pulmonaire, pneumoniques ou bronchopneumoniques, dont l'évolution s'avérait fatale à brève échéance. Tous ne se sont pas arrangés aussi bien que celui dont nous venons de conter la brève histoire clinique. Pour plusieurs, l'intervention, tout en n'aggravant pas un pronostic considéré comme fatal, n'a cependant pas empêché la mort de survenir. Mais, pour trois au moins d'entre eux, le résultat a été aussi rapide et aussi beau que pour le malade du docteur Butruille. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter en détail ces observations, dont le texte s'est égaré.

Plusieurs fois aussi, dans sa clientèle de consultation, l'un de nous, devant un tableau clinique de ce genre, alors que toutes les thérapeutiques médicales avaient été mises en œuvre sans succès, a conseillé de recourir, en dernière analyse, à une pneumotomie. Certes, il n'a pas toujours été écouté. Les familles, les médecins eux-mêmes, ont parfois hésité et reculé, devant une intervention dont les risques leur paraissaient trop grands. Mais, dans les cas où la pneumotomie a été acceptée et réalisée, deux fois sur cinq, la crise favorable a suivi de près l'intervention, manifestement déclenchée par elle, et le malade, dont les heures paraissaient comptées, s'est tiré d'affaire.

Assurément, il y a là davantage qu'une coïncidence. L'observation suivante, la seule que nous puissions rapporter avec des détails convaincants — les autres n'ayant pu être rétablies suffisamment pour qu'il nous soit possible de les publier — le prouve à l'évidence.

Le samedi 2 avril 1938, le docteur Culot, de Maubeuge, est appelé auprès du jeune Claude L..., âgé de 10 ans, qui, rentré la veille de pension, a fait brusquement, dans la soirée, une température de 40°.

Après une nuit très agitée, l'enfant se plaint de gêne respiratoire et de douleur au niveau de la région inféro-antérieure gauche du thorax. L'examen clinique ne révèle aucun symptôme appréciable. La température reste en palier à 40° jusqu'au mardi soir ; on perçoit alors un léger souffle à gauche en arrière.

Soupçonnant une pneumonie profonde, le docteur Culot fait une injection de vaccin anti-pneumonique et a, le lendemain, la satisfaction de voir la température descendre à 38° 6. A ce moment, les symptômes physiques sont devenus très nets : on entend un souffle tubaire avec des râles très fins sur toute la hauteur du poumon gauche. On peut espérer une évolution normale, lorsque, le 8 au matin, la température remonte et l'état général s'aggrave subitement.

C'est alors que l'un de nous voit le jeune malade en consultation avec le docteur Culot.

L'enfant est extrêmement agité ; les lèvres, les oreilles, les doigts sont cyanosés ; les ailes du nez battent. A gauche, le souffle tubaire et les râles fins envahissent la hauteur de l'hémithorax. A droite, dans la région moyenne, il y a de la matité et un souffle tubaire. Il existe un signe de Kernig bien net. Le pouls n'est pas perceptible ; le cœur bat à 150, lointain, irrégulier.

Devant le caractère particulièrement grave de cette situation, et l'enfant étant, on peut le dire, à peu près mourant, on décide de provoquer un abcès de fixation, d'utiliser les tonicardiaques habituels, de faire des injections de vaccin deux fois par jour, enfin et surtout, de pratiquer un drainage du poumon gauche.

Le jour même, sous anesthésie locale, le docteur Culot ouvre la plèvre au thermocautère. Cette dernière traversée sans incident, il plonge profondément son couteau dans le poumon vers la région moyenne et enfonce un drain dans la brèche ainsi formée.

Pendant les quelques heures qui suivent l'intervention, l'état général n'est guère modifié. Puis, vers 17 heures,

le calme revient ; le cœur se ralentit ; une abondante expectoration est rejetée par la bouche, tandis que le drain donne issue à du liquide séreux ; la cyanose s'atténue pour disparaître le lendemain 9 avril ; le pouls redevient perceptible ; la température baisse, pour être à 37° le 11 avril.

Dans les jours qui suivent, l'évolution de l'abcès de fixation donne une poussée fébrile qui cède à l'évacuation du pus.

Localement, la pneumonie droite s'est résorbée en l'espace de 48 heures. Du côté gauche, le drain est enlevé vers le douzième jour ; une sérosité jaune verdâtre et très fluide continue à s'évacuer par la fistule ; il ne persiste alors qu'un léger souffle à l'auscultation.

Le 30 avril, l'enfant commence à se lever.

Ultérieurement, le 13 mai, huit jours après que la fistule opératoire s'est tarie, la fièvre reprend, avec dyspnée et douleur dans l'hémithorax gauche où s'est installé brusquement un pneumothorax total. Ce pneumothorax se résorbe spontanément et la guérison est bientôt complète.

Cette observation prête à des considérations à la fois cliniques et thérapeutiques.

Au point de vue clinique, il faut noter l'allure particulièrement grave de cette pneumonie qui, en plus de signes fonctionnels intenses, s'accompagnait d'une réaction méningée comme le montrait l'existence du signe de Kernig. La défaillance cardiaque fatale était à craindre à chaque instant. Le pronostic porté correspondait à une condamnation.

Au point de vue thérapeutique, il faut tout d'abord reconnaître la grande simplicité de l'intervention, bornée à la mise en place d'un drain dans le poumon. Mais ce sont surtout les suites opératoires, l'évolution de l'affection qui présentent le plus gros intérêt, car, cinq heures environ après la pneumotomie, tous les phénomènes alarmants rétrocédaient de façon particulièrement rapide.

Nous confions donc au chirurgien les pneumonies, et d'une façon plus générale les pneumopathies aiguës, lorsque la situation se prolonge anormalement ou lorsque le cas paraît au-dessus des ressources de la thérapeutique médicale. De cette façon, nous ne faisons qu'étendre à ces affections une conduite qui, pour notre part, est la seule logique dans le traitement des suppurations pulmonaires et nous trouvons ici l'occasion de répéter ce que nous écrivions récemment (1) à propos du traitement des abcès du poumon :

« Quelle que soit la forme anatomique, quelle que « soit l'évolution, quelle que soit la précision du dia- « gnostic, quelle que soit la localisation, il y a tout « intérêt à opérer et à opérer au plus tôt, n'y eût-il « que possibilité d'abcès. »

Le terme de phlegmon diffus sans pus collecté a pour corollaire, en chirurgie, une sanction thérapeutique inéluctable : les incisions multiples d'une extrémité à l'autre d'un segment de membre, la mise à plat des tissus lardacés, bref l'exposition de toute la région infectée. C'est à ce prix qu'on obtient la guérison.

Or, les pneumonies graves sont, en somme, des phlegmasies qui ont atteint ou sont près d'atteindre le stade anatomo-pathologique d'hépatisation grise. Du point de vue anatomo-clinique elles correspondent à la forme érysipélato-phlegmoneuse de Trousseau. On se trouve, en un mot, devant un phlegmon diffus du poumon.

Ce qui est vrai pour le tissu cellulaire, pour le tissu musculaire, est également vrai pour le tissu pulmonaire dont l'architecture spongieuse permet par ailleurs le minimum de traumatisme chirurgical. Une seule incision, un seul drain, comme le montre notre observation, suffisent souvent à amener une guérison quasi complète.

Néanmoins, la décision opératoire n'est pas seulement commandée par l'état du poumon. La notion d'urgence est au cœur. La défaillance cardiaque est bien plus souvent la cause de la mort que l'infection elle-même. Que serait-il arrivé si, adoptant la ligne de conduite généralement admise, on avait laissé évoluer la pneumonie du petit Claude L... sans la confier au chirurgien. Le cœur, qui marquait déjà des signes d'affolement, aurait brusquement failli à sa tâche, entraînant un collapsus mortel. Cette évolution se serait très probablement produite d'ailleurs si l'intervention avait été un peu plus tardive. Les cas de ce genre sont de véritables urgences ; encore faut-il que le cœur soit capable de résister pendant les quelques heures nécessaires à l'accomplissement du processus de drainage. Or, sans la pneumotomie, ce n'est pas quelques heures que l'on demande au cœur, mais quelques jours.

La simplicité et la bénignité de la pneumotomie en elle-même constituent un nouvel argument en faveur de cette méthode thérapeutique. Le choix du mode d'anesthésie n'est sujet à aucune discussion : c'est à l'anesthésie locale qu'il faut avoir recours. Le malade est placé de préférence en position assise. On incise si possible en un endroit déclive. La pneumotomie est faite « a minima », sans résection costale. On incise jusqu'à la plèvre. On peut voir par transparence, si celle-ci est libre, le poumon condensé, ressemblant à du tissu hépatique, glisser sous elle. De toute façon, il est prudent de protéger la plèvre. Une suture en cadre, difficilement réalisable sans thoracotomie, ou un simple tamponnement serré autour du drain la protégeront efficacement. L'incision pulmonaire doit être franche et profonde. Le thermocautère ou le couteau électrique constituent l'instrument de choix. On place ensuite un drain, et l'acte opératoire est terminé.

Le traitement médical habituel, anti-infectieux et tonicardiaque surtout, reste évidemment le complément indispensable du traitement chirurgical.

Lorsque le cœur accorde le délai de quelques heures qui lui est demandé, les suites opératoires se réduisent généralement à celles qui sont relatées dans l'observation de notre petit malade. Le cœur se ralentit en même temps qu'une abondante expectoration est rejetée par la bouche et que le drain donne issue à du liquide séreux ou séro-sanguinolent également abondant. Les symptômes pulmonaires rétrocèdent et la guérison est promptement atteinte. Ce sont en somme de véritables phénomènes critiques qui se passent au niveau du foyer de drainage.

(1) *Revue pratique des maladies des pays chauds*, février 1938, 17e année, tome XVIII, n° 2.

Le soulagement cardiaque marqué par le ralentissement du cœur et la régularisation du pouls semble marquer le début de la défervescence. Il est difficile d'en donner l'explication. Le lever du barrage périphérique constitué par la phlegmasie pulmonaire y joue sans doute un rôle. Mais, en dehors de cette hypothèse mécanique, il peut aussi s'agir d'un processus plus complexe, à l'origine duquel il faudrait faire intervenir un phénomène pariétal, à savoir le trouble apporté par la distension sur les nerfs vaso-sensibles de la paroi. Le sympathique aurait, dans cette hypothèse, un rôle prépondérant, analogue à celui qu'on a tendance à lui donner actuellement dans la pathogénie des phénomènes cliniques de l'embolie pulmonaire.

Quoiqu'il en soit, la pneumotomie et le drainage sont à conseiller dans les pneumopathies aiguës pour lesquelles les ressources médicales se sont avérées impuissantes. Il y a là une voie de traitement peu explorée encore mais qui réserve à ceux qui s'y engageront les plus beaux succès thérapeutiques.

PSORIASIS

guéri par un auto-vaccin intestinal

Par le Médecin Lieutenant-Colonel STÉPHANE PRAT

Peu d'affections sont aussi décevantes que le Psoriasis. Pour le malade, c'est une infirmité gênante et repoussante. Pour le médecin, l'institution d'un traitement efficace est souvent impossible. « Felix qui potuit rerum cognoscore causas », dit le vieil adage. Le psoriasis n'a pas encore livré le secret de sa pathogénie, et les praticiens en sont encore réduits à tâtonner dans l'ombre. Les insuccès sont nombreux.

Dans un récent article du « Marseille-Médical », Jean Dusan et Jean Bonnet, après avoir exposé les résultats de différentes intradermo-réactions chez deux sœurs atteintes de psoriasis ont résumé ainsi leurs constatations en ce qui concerne l'étiologie de cette affection.

Hérédité : néant. — Troubles nerveux : néant. — Traumatisme, dysfonctionnement endocrinien, tuberculose, syphilis, parasitisme, infection antérieure : néant.

Il nous a paru intéressant de verser à un débat dont les conclusions sont loin d'être formulées, l'observation d'un de nos malades dont la guérison a été définitive et chez lequel les particularités signalées pourront être utiles à connaître.

En octobre 1928, le capitaine N., nouvellement arrivé dans un régiment d'une grande ville du Sud-Est, se présente à notre consultation. Il rentre de Syrie : il vient nous voir pour un psoriasis étendu, rebelle à tous les traitements mis en œuvre et dont il tient à se débarrasser à tout prix et le plus rapidement possible. Cette dermatose dure depuis plus d'un an. Bien loin de rétrocéder, les lésions augmentent et cet officier qui est rentré en France pour se marier, incessamment, est très affecté et aussi très sceptique sur l'issue du traitement qui sera employé.

L'examen du malade nous montre sur les faces antéro-internes des deux jambes des taches arrondies, d'un diamètre variant de celui d'une pièce de cinquante centimes à celui d'une pièce de 5 francs, irrégulièrement disséminées, nettement caractéristiques, bien délimitées, d'une couleur rose vif ou rouge foncé, recouvertes de squames brillantes, adhérentes, que le grattage met en évidence en leur donnant l'aspect de taches de bougie. D'autres éléments très nombreux sont situés sur la partie antérieure des deux cuisses ; de fines taches lenticulaires d'une coloration rose vif, squammeuses, sont discrètement éparses sur le cuir chevelu à la racine de nombreux cheveux. Aussi bien en Syrie qu'en France, plusieurs traitements n'ont amené aucune amélioration (application de pommades cadiques et soufrées, bains médicamenteux, dépuratifs, purgations, etc.).

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. L'examen ne laisse supposer aucune origine syphilitique ou tuberculeuse. De multiples radiographies n'ont pas montré de lésions pulmonaires, le fonctionnement du cœur s'est révélé normal, deux réactions sanguines de B. W. ont été négatives. Aucun traitement d'épreuve n'a été mis en œuvre.

Dans l'enfance, aucune maladie importante n'est notée. De 1925 à 1927, en Syrie, il aurait éprouvé de violents accès de paludisme. Mais l'événement pathologique le plus important, survenu pendant son séjour d'outre-mer, fut un ictère prolongé, à rechutes, de juin 1926 à octobre 1926, que termina une affection fébrile, au cours de laquelle tous les examens de laboratoire, y compris de nombreuses hémocultures, des séro-diagnostics, ne donnèrent aucune indication. Le malade affirme avoir été traité pour dothiénenthérie, mais cette affection paraît bien avoir été une spirochétose ictéro-hémorragique. Après un séjour de deux mois et demi à l'hôpital de Beyrouth, la convalescence fut marquée par une poussée de furonculose généralisée pendant un mois. Celle-ci fut, quatre-vingt-dix jours après la fin de l'apyrexie, suivie de l'apparition, aux membres inférieurs, de la première manifestation psoriasique. Cette dernière fut d'abord légère, ne dura qu'un mois, puis revint en août 1927 pour s'étendre et ne plus disparaître.

Le cas était embarrassant, d'autant plus qu'avec le psoriasis coexistait une recrudescence de la furonculose sur les avant-bras. Il fallait aller vite et frapper juste : là était la difficulté. Le problème, au premier abord, nous sembla insoluble.

Il était inopportun et inutile de recourir aux thérapeutiques antérieures qui s'étaient montrées sans effet.

L'idée d'un traitement spécifique était mal accueillie, le malade consentait bien à s'y soumettre, mais en dernier ressort.

Aucune anomalie n'était décelée à l'examen somatique : cœur et poumons normaux, pression artérielle au Vaquez 13×8. Ni sucre ni albumine dans les urines. A l'examen microscopique du dépôt urinaire, rien à signaler. Pas d'urobiline en excès.

Dosage de l'urée sanguine : 0,30.

L'intestin fonctionnait mal : les périodes de constipation étaient assez fréquentes. Ni œufs de parasites ni amibes, ni kystes dans les selles.

A la radio, l'estomac, légèrement dilaté, montrait une aérophagie modérée.

N. présentait de la lassitude, de l'asthénie par périodes : au moment de l'examen, il était impatient, nerveux, inquiet...

Toutes les thérapeutiques envisagées *per os* ou par voie parentérale n'étaient destinées qu'à agir à longue échéance et leur efficacité était loin d'être démontrée. Le choix ne manquait pas et la littérature médicale les étale périodiquement et complaisamment à nos yeux : fallait-il opter pour l'opothérapie, la radiothérapie? Pouvait-on essayer localement les rayons X ou les ultra-violets ? Les arséno-bismuthiques ? Il fallait d'abord s'attendre à une période de tâtonnements à laquelle succéderait sans doute un traitement assez prolongé.

Restait la médication antichoc : elle donne d'excellents résultats, mais les échecs ne sont pas rares. Et quel était l'agent « choquant » susceptible de fournir les effets les plus heureux? Autohémothérapie? Injections de lait? de sérums? de bactéries saprophytes peu virulentes? de métaux colloïdaux?

C'est alors que nous pensâmes à la méthode de Danysz. En mars 1918, M. Danysz, chef de service à l'Institut Pasteur, attribuant aux toxines microbiennes intestinales une importance capitale dans la chronicité de certaines dermatoses, avait cherché à modifier leur évolution par l'injection de vaccins microbiens extraits des fèces de l'individu. La maladie en cause étant survenue après une affection intestinale, il nous sembla logique de faire préparer un auto-vaccin avec les microbes de la flore intestinale. De minimes parcelles de matières provenant d'une selle fraîchement émise furent prélevées en deux points et envoyées au laboratoire de Bactériologie de l'hôpital Militaire. L'examen n'y décela que du colibacille en abondance. A notre demande, il fut préparé un vaccin microbien contenant 50 millions de coli par centimètre cube.

La première inoculation de ce vaccin fut pratiquée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région sous épineuse gauche, avec les précautions habituelles, à la dose de un quart de centimètre cube, le 5 novembre 1928 dans la matinée. Mais le lendemain matin, le capitaine N. nous faisait mander chez lui en toute hâte. Trois heures après l'injection, il avait été pris de céphalée intense, de frissons, et toute la nuit il s'était trouvé en proie à de violents accès fébriles avec chaleurs, sueurs profuses, ayant nécessité de fréquents changements de linge de corps. Démoralisé, le capitaine N. nous demanda de cesser ce traitement qui le déprime et réveille un paludisme ancien. La température est à ce moment de 36°8; nous ne pouvons faire un étalement de sang n'ayant pas à notre disposition le matériel nécessaire pour permettre la recherche de l'hématozoaire incriminé. Nous parvenons à vaincre la résistance de notre malade et trois jours après, le 8 novembre, nous pratiquons une deuxième injection de un quart de centimètre cube. Nous avions eu la précaution de lui faire absorber quatre heures avant la piqûres 1 gr. 50 de chlorhydrate de quinine. La réaction qui s'ensuivit fut minime et nous pûmes arriver à continuer tous les six jours les inoculations, à pratiquer en totalité dix injections et à atteindre la dose de 2 cm^3 1/2.

A partir de la troisième injection, nous jugeâmes inutile de continuer la médication quinique.

Dès la quatrième piqûre (3/4 de centimètre cube), le psoriasis pâlissait; à partir de la sixième injection (1 cm^3 1/4), l'éruption était en pleine régression. Après la dixième, les rares éléments résistants disparaissaient en même temps que s'évanouissait la furonculose.

Malgré ce succès rapide, obtenu au bout d'un mois et demi, je mis le capitaine N. en garde, le prévenant d'un retour offensif probable pour l'avenir... Ceci se passait en 1918...

J'eus l'occasion de rester en relations suivies avec cet officier : il y a quelques jours à peine, il m'exprimait encore sa gratitude et la joie qu'il éprouvait d'avoir été débarrassé à jamais, disait-il, de son psoriasis.

Evidemment, on ne peut pas faire de ce traitement une panacée universelle, mais en présence d'une affection cutanée tenace, récidivante, n'a-t-on pas là un procédé susceptible de donner des résultats heureux et peut-être constants ?

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE NEUROLOGIE

Séance du 1er décembre 1938.

M. Bourguignon, président, prononce l'éloge de M. Crouzon, secrétaire général, et de M. Jacques de Massary, décédés.

Etude anatomoclinique d'un cas de tumeur du corps calleux. — MM. J.-A. Barré, Kabaker, Pernot et Ledoux (de Strasbourg) relatent l'observation et montrent les pièces anatomiques d'un sujet de trente-huit ans, qui eut d'abord quelques troubles du caractère et de la mémoire, et entra au bout de dix mois environ dans un état grave où s'associaient des troubles psychiques spéciaux et une déséquilibration très marquée.

Ils font ressortir la valeur particulière que donnent à leur cas l'extrême légèreté de l'hypertension cranienne, l'absence d'aphasie, de dysarthrie, d'apraxie, la conservation du calcul et d'une mémoire souvent très précise, une fois sorti de l'état d'extrême indifférence qui lui est habituel. Ce type pathologique de leur malade correspond au schéma du syndrome calleux de MM. Guillain et Garcin.

Les auteurs insistent sur les particularités du syndrome psychique, dont les manifestations, d'apparence parfois discordante, constituent justement une véritable caractéristique, et ils partagent complètement la conception d'Alpers exposée en 1933 et 1936 sur le syndrome psychique calleux.

Ils soulignent les caractères des troubles de l'équilibration la chute en arrière ne traduit aucune pulsion, mais bien plutôt la perte de l'attention minima qui assure chez l'homme la station verticale. Peu à peu, la symptomatologie des tumeurs du corps calleux se précise, et il n'est pas sans intérêt, en particulier, de pouvoir différencier le syndrome psychique calleux du syndrome frontal, puisque ce dernier entraîne l'idée d'intervention, alors que celui-là la contre-indique jusqu'à maintenant.

M. Lhermitte rappelle un cas analogue, observé avec Lejonne en 1906, mais il y avait en outre de gros troubles agnosiques et apraxiques. Les lésions s'étendaient latéralement vers les lobes pariétaux.

Le traitement de la maladie osseuse de Paget. — M. P. DELMAS-MARSALET présente sept observations de pagétiques traités par la méthode préconisée par l'auteur de 1929 (gluconate de calcium et vitamine D à fortes doses). L'étude des clichés radiographiques de crâne, pris de trois mois en trois mois, montre, dans la plupart des cas, un remarquable travail de reconstruction osseuse, parallèle à l'amélioration de l'état général. Pour plusieurs de ces observations, l'étude détaillée a été faite du métabolisme phosphorocalcique et des phosphatases.

Sur la sclérose inflammatoire de la substance blanche des hémisphères (Spielmeyer). Contribution à l'étude des scléroses diffuses non familiales. — MM. LUDO VAN BOGAERT et Jacques DE BUSCHER rapportent l'observation d'un enfant de neuf ans chez lequel, en cinq mois, sont apparus tout d'abord des troubles du caractère, puis de l'agraphie, de l'agnosie visuelle, des troubles de l'orientation spatiale, des troubles praxiques complexes. On trouve, du point de vue neurologique, un gros syndrome d'hypertension cranienne avec stase papillaire bilatérale, une hémiparésie droite très légère, des crises épileptiques rappelant par certains caractères les « cerebellar fils ». Le diagnostic posé fut celui d'un gliome de la région pariéto-occipitale gauche. L'exploration chirurgicale est négative et suivie de mort en hyperthermie. L'étude histopathologique du cas montre une infiltration importante de la substance blanche cérébrale et cérébelleuse des deux hémisphères ; au niveau des régions pariéto-occipitales, des deux côtés, il y a en outre une démyélinisation progressive, avec une gliose fibreuse qui dépasse largement cette démyélinisation. Des altérations cellulaires se voient dans la substance grise corticale, dans les formations grises de l'hypothalamus, des noyaux centraux, du tronc cérébral. La réaction mésenchymateuse comporte des infiltrations périveineuses et péricapillaires à lymphocytes avec une proportion élevée de plasmatocytes. Les auteurs insistent sur ce qui différencie cette affection, dont il existe de rares observations dans la littérature, de la sclérose en plaques aiguë et des leucodystrophies progressives familiales.

L'affection se présente ici avec une évolution subaiguë et sous une forme pseudo-tumorale.

Un cas de dissociation syringomyélique de la sensibilité, avec amyotrophie Aran-Duchenne et rétrécissement bitemporal du champ visuel, au cours d'une névraxite syphilitique. — MM. J. HAGUENEAU, J. BOLLACK et H. KAUFMANN rapportent une observation de syphilis diffuse du névraxe, traduite par une amyotrophie Aran-Duchenne, des troubles de la sensibilité thermique, des troubles de la sensibilité profonde, une paraplégie fruste, et une atteinte de certains nerfs craniens (syndrome labyrinthique, diplopie, atrophie optique avec rétrécissement bitemporal du champ visuel).

L'existence d'un signe d'Argyll-Robertson et les réactions humorales du liquide céphalo-rachidien rendent certaine l'origine syphilitique de tous ces troubles. Il s'agit sans doute de lésions de méningite basilaire associées à des lésions médullaires essentiellement parenchymateuses.

Les auteurs étudient les trois syndromes particulièrement intéressants chez ce malade : les troubles de la sensibilité thermique, qui sont exceptionnels au cours de la syphilis (il s'agissait ici d'un syndrome d'isothermognosie) ; l'amyotrophie Aran-Duchenne, au contraire assez fréquente ; le rétrécissement bitemporal du champ visuel, qui relève sans doute d'une méningite opto-chiasmatique.

Syndrome contro-latéral du noyau rouge avec hallucinations visuelles et auditives. — MM. J. LHERMITTE, DELTHIL et GARNIER présentent une nouvelle observation qui vient s'ajouter à celles qui ont été publiées par M. Lhermitte et Mlle G. Lévy, dans lesquelles on voit se juxtaposer des phantasmes visuels à des mouvement forcés limités à une moitié du corps. Dans certains faits, le désordre musculaire prend le caractère de l'athérose, dans d'autres celui du tremblement tel qu'on l'observe au cours du syndrome de Benedikt. Quoiqu'il en soit d'ailleurs de la forme des mouvements spontanés, ceux-ci attestent l'atteinte de la région sous-thalamique, spécialement du noyau rouge et que les hallucinations de la vue, associées parfois à celles de l'ouïe, témoignent des relations étroites qui rattachent les lésions de la calotte pédonculaire à l'éclosion de perceptions sans objet d'un caractère particulier.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1938.

Phlébite précoce de la tuberculose. — MM. L. FERRABOUC et A. JUDE rapportent un cas de phlébite, ayant atteint à un an d'intervalle l'un puis l'autre membre inférieur. Une tuberculose pulmonaire était découverte à la même époque.

A propos d'un cas de diabète insipide.—MM. R. BOLZINGER et GRUPPER ont observé un cas de diabète insipide apparu au décours d'un ictère catarrhal et dont ils discutent l'étiologie. L'étude physiopathologique de ce diabète les a amenés à vérifier l'existence de troubles du métabolisme des chlorures consistant essentiellement en une diminution du pouvoir concentrateur du rein pour NaCl. Les A. ont de même contrôlé l'action paradoxale déjà signalée dans ces cas des diurétiques mercuriels, genre Neptal, dont l'injection détermine une chasse chlorurique très nette avec diminution de la diurèse.

Etude de quelques cas d'ictère et de cholécystite survenus en série. — MM. L. FERRABOUC, MOUTIER et A. BLANCHARD ont observé des ictères et des réactions vésiculaires au décours d'infections pharyngées et rhinopharyngées. Ils pensent que les premiers syndromes sont des complications des seconds.

La diphtérie au service des contagieux du Val-de-Grâce, avant et après l'emploi de la vaccination associée triple. — MM. R. SOHIER et J.-F. BUVAT constatent la régression considérable de la diphtérie dans un service de contagieux depuis que l'on a rendu obligatoire dans l'armée la vaccination associée triple antityphoparatyphoïdique, antidiphtérique, antitétanique. Pratiquement, la diphtérie ne s'observe plus que chez des sujets non encore vaccinés ou incorrectement immunisés. Ils insistent à nouveau sur la nécessité de bien discriminer les diphtéries vraies des angines dans l'exsudat desquelles on peut constater la présence de bacilles diphtériques, mais qui évoluent chez les sujets immunisés. A cette condition, il sera possible d'interpréter correctement les faits et d'envisager une thérapeutique rationnelle. Ils montrent les avantages de la séro-anatoxithérapie qui, tout en assurant la guérison, permet d'obtenir sans perte de temps une immunisation active. Ils remarquent enfin que, pour tirer le meilleur parti possible des vaccinations, il est nécessaire qu'à chaque instant le médecin puisse connaître, grâce à un signalement immunologique précis, la nature et le nombre des injections vaccinales faites antérieurement à tout soldat auquel il est appelé à donner des soins.

Prophylaxie des infections chirurgicales cérébro-méningées par la trypaflavine. — M. MONOT rapporte une série de quinze cas de fractures de base ou de plaies cérébro-méningées traités, outre les méthodes habituelles, par une ou plusieurs injections intra-rachidiennes de 5 cm³ trypaflavine à 1/50.000. La méthode se révèle sans inconvénient et n'a pas présenté d'échec jusqu'à présent. L'auteur apporte une observation de méningite consécutive à une fracture du rocher

traitée et guérie par la même méthode. Il s'agissait d'une forme particulièrement grave.

Contrôle tuberculinique dans le milieu scolaire indigène de l'Extrême-Sud tunisien. — M. Michel et Mme Michel Lauriat.

A propos des améliorations à apporter aux plans des infirmeries régimentaires. — M. Tarayre.

La contagion du trachome chez l'adulte. — M. Duguet.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA PROPOSITION DE LOI DE M. LE PROFESSEUR G. PORTMANN

Le Sénat vient de mettre à l'étude la proposition de loi Portmann, pour laquelle un rapporteur a été désigné au mois de décembre dernier (1).

Cette loi est destinée à lutter contre la pléthore, en établissant une barrière à l'entrée des études médicales. En voici le principe : le bachelier entré au P. C. B. et reçu à ses examens de fin d'année ne sera pas forcément admis à la Faculté de Médecine. Un jury décidera de son sort, d'après ses notes. Le fait d'être reçu à l'examen ne signifiera donc plus rien.

Supposons, donc, le titulaire du diplôme de P. C. B. entré en première année de médecine, et même reçu à l'examen de première année; il ne rentrera en deuxième année que si le jury appelé à examiner ses notes d'examen les trouve suffisantes. Voilà donc un jeune homme qui, après avoir quitté le lycée, restera étudiant *deux ans*, *sera reçu à deux examens* et ne saura pas si oui ou non il sera enfin étudiant en médecine.

Un concours d'entrée serait-il préférable ?

A cela on fait l'objection suivante : un concours à l'entrée des études médicales est *impossible*, car les candidats ne peuvent être jugés sur des matières médicales; par conséquent il serait *impossible* de préjuger de leurs aptitudes à l'étude de la médecine d'après leurs notes de concours.

Cet argument n'est pas sans valeur. Ce n'est qu'*au bout de plusieurs années de pratique hospitalière* que le *médecin* se dégage. Croit-on que le fait de récolter une série de mentions *bien* ou *très bien* à tous ses examens constitue un critérium ?

Le seul concours qui s'imposerait serait un concours permettant de se rendre compte si le candidat possède une *culture générale*, ce qui est capital pour faire ensuite des études médicales. Un homme à l'esprit cultivé saura prendre l'observation qui lui permettra de trouver la voie du diagnostic. L'esprit philosophique, d'analyse d'abord et de synthèse ensuite, est indispensable pour cela, l'esprit mathématique étant l'opposé de l'esprit médical. Mais le critérium fourni par un concours nous est déjà donné par le baccalauréat, premier grade de l'Enseignement supérieur, qui doit rester l'examen d'entrée des cinq Facultés. La spécialisation ne doit intervenir qu'au delà des études secondaires, l'Enseignement supérieur étant seul capable d'enseigner la spécialisation. Seulement dans ce cas il faut que

(1) Voici le texte de la proposition :

« *Article premier.* — Le Ministre de l'Education nationale arrête chaque année, en tenant compte des besoins à prévoir, le nombre des étudiants autorisés à prendre la première inscription du doctorat en médecine d'Etat et le nombre des étudiants admis à passer de première en deuxième année.

« *Art.* 2. — La limitation du nombre des étudiants se fera pour l'entrée en première année sur les notes obtenues au certificat P. C. B. et pour l'entrée en deuxième année sur les notes obtenues à l'examen de fin de première année.

« *Art.* 3. — Les modalités d'application de la présente loi seront fixées par décret. »

le baccalauréat se décide à arrêter tous ceux qui ignorent Virgile, Cicéron, Boileau, *le Cid* ou l'*Emile*, la règle des participes, la situation géographique de Djibouti, l'époque de Valmy, de Waterloo, l'œuvre coloniale française, la géométrie et l'extraction d'une racine carrée.

C'est donc vers les examinateurs du baccalauréat que les médecins se tournent en leur demandant d'assurer le recrutement de leur corporation en ne laissant passer que des jeunes gens cultivés.

***

Cette question de barrage étant réglée, il y a une autre solution urgente et facile à instaurer pour *restreindre* les effectifs médicaux. Le 29 janvier 1939, dans le *Concours Médical*, M. Raphaël Massart a étudié, avec des précisions à l'appui, le problème de l'ignorance générale de beaucoup de jeunes médecins *étrangers* et *bacheliers de l'Enseignement secondaire français*. Il a relevé une série de phrases cocasses et dénuées de toute espèce de sens, tombées de la plume de ces messieurs. M. Massart ajoute que l'Université paraît fort bien intentionnée envers ces médecins étrangers puisqu'elle en fait si facilement des bacheliers.

Arrêtons immédiatement cet afflux, n'acceptons plus des médecins étrangers qui ont eu la note 4/20 à leur dissertation française du baccalauréat et la note 16/20 en langue russe; puisqu'ils veulent venir soigner des bons paysans de chez nous, c'est *en français seul* qu'ils s'exprimeront et qu'ils interrogeront leurs malades. Il est donc indispensable qu'ils possèdent la langue du pays dont ils réclament le titre de *citoyen* et qu'ils connaissent les œuvres de nos classiques.

Le contraire est un non sens. Obtenons donc la suppression définitive de toutes les naturalisations des aspirants médecins et la pléthore médicale sera de ce fait jugulée.

MAURICE MORDAGNE.

LIVRES NOUVEAUX

Essais sur la profession médicale et sur les quelques règles qu'elle impose, par H. GRENET. Paris. Vigot Frères, 1939, in-18 de 159 pages.

M. Henri Grenet n'est pas seulement un clinicien de race, dont les ouvrages techniques ont reçu, du public auquel ils étaient destinés, le plus favorable accueil : c'est aussi un médecin pénétré de la grandeur de sa tâche et de la nécessité, pour tous ceux qui exercent la profession, de n'avoir jamais en vue que la guérison des malades qui leur sont confiés. Il leur faut donc avoir réfléchi aux *questions de moralité* qui se posent chaque jour, et qui, de si haut, dominent l'horizon. Il est indispensable qu'ils sachent quels doivent être leurs *rapports avec leurs confrères*, d'une part, *avec les malades*, de l'autre. A eux, de connaître tout ce qui a trait au *secret médical*, de considérer comme coupable *l'expérimentation en médecine*, et, enfin, de ne rien ignorer des conditions qui président à la *profession médicale*. Après avoir lu les *Essais* de M. H. Grenet, ils sauront comment se comporter pour faire de la médecine, non quelque vil négoce, mais un sacerdoce. Ils apprécieront à leur véritable valeur les *énergies spirituelles* si nécessaires à chacun. Et ceux d'entre eux qui ont quelque érudition se rappelleront, pour le mettre en pratique, le « plus grand commandement de la loi chrétienne, le *Commandement de Charité*, que le Christ a formulé en ces termes : Tu aimeras ton prochain comme toi-même. »

L. BABONNEIX.

Contribution à l'étude de la prophylaxie de l'infection puerpérale, essai de chimiothérapie préventive, par le docteur Guy PICOT, in-8 de 105 pages chez Amédée Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX

Éruption d'un type anatomique nettement défini, et d'un diagnostic en général facile, l'érythème noueux tire son intérêt des problèmes étiologiques et pathogéniques qu'il soulève — surtout sur la question de ses rapports avec la tuberculose.

Sans être très fréquent, il est d'observation commune dans la seconde enfance et chez les adultes jeunes et paraît plus fréquent dans le sexe féminin. Notons que la maladie prend parfois un *caractère épidémique;* néanmoins, dans la majorité des cas, la *contagiosité* n'apparaît pas.

CLINIQUE

L'érythème noueux évolue comme une maladie aiguë et récidive rarement.

Deux périodes :
pré-éruptive ;
éruptive.

I. *Phase pré-éruptive.* — Le début est en général *brutal*, marqué par *des signes généraux assez banaux :*
un malaise général avec courbatures ;
un état saburral des voies digestives ;
de la fièvre : 38°5-39°.

Quelques signes fonctionnels dont il faut retenir essentiellement :

Une angine, érythémateuse ou pultacée ;

Des arthralgies, localisées en règle aux grosses articulations, sans gonflement ni rougeur.

Le malade, indisposé plutôt que malade, continue à vaquer à ses occupations jusqu'à l'apparition de l'éruption, la phase pré-éruptive ayant duré de *2 à 10 jours.*

II. *Phase éruptive.* — C'est un exanthème très particulier par :
sa topographie ;
ses caractères anatomo-cliniques.

1° Il a en effet une *distribution élective* pour les endroits où la peau n'est séparée du plan osseux que par une mince épaisseur de parties molles.

Donc essentiellement :
— Sur la face antérieure et interne des jambes ;
— Sur la face postérieure des avant-bras.

Les éléments sont en nombre variable, de quelques unités à une trentaine, disposés de façon à peu près symétrique ;

2° Ce sont essentiellement des *nodules* érythémateux enchâssés dans le derme et l'hypoderme : petites masses arrondies ou ovalaires, isolées ou groupées, de diamètre variable (lentille-noix), de couleur *rosée* au début, puis *rouge vif* — cette coloration disparaissant à la pression —, enfin, avec l'évolution, devenant *violacées*, puis jaunâtres, ne s'effaçant plus alors à la pression (d'où son nom de *dermatite contusiforme).*

Au palper, leurs caractères majeurs sont d'être :
— Profondément enchâssés dans l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire ;
— Nettement saillants à la surface du tégument ;
— A contours précis ;
— Surtout *douloureux* à la pression, alors que, spontanément, le malade souffre peu.

Chaque élément évolue en 8 à 12 jours, la disparition étant annoncée par le changement de coloration, en même temps que la saillie s'affaisse et les tissus s'assouplissent.

Fait important : *les nouures ne suppurent jamais* et *ne laissent aucune cicatrice.*

L'éruption peut se faire en une seule fois ; plus souvent, elle évolue par *poussées successives* plus ou moins intriquées, la répétition des poussées pouvant prolonger la maladie 2, 4 ou 6 semaines.

Pendant cette période :

1° Les *phénomènes généraux* du début persistent avec une intensité variable : la fièvre et les arthralgies subissent généralement une recrudescence à chaque poussée éruptive. On note dans le sang une polynucléose neutrophile discrète.

2° Il n'est pas rare d'observer un léger *énanthème :*
— A la muqueuse buccale ;
— Aux *conjonctives* (taches lenticulaires à rechercher).

Dans l'ensemble, la maladie est *bénigne.* Les *complications* sont exceptionnelles, qu'il s'agisse de :
— Néphrites passagères ;
— Phlébites superficielles ;
— Congestions pleuro-pulmonaires, parfois observées, et dont l'interprétation est d'ailleurs discutée.

Cependant : la *convalescence* est lente à venir et les malades restent longtemps *affaiblis, anémiés,* plus que ne semblerait le comporter l'affection qu'ils viennent de traverser.

(A suivre.) G. LE SUEUR.

Distinctions honorifiques. *(Suite de la page 326.)*
Garrigues, à Rodez ; Gelly, à Bar-le-Duc ; le médecin-commandant Giordani, à Paris ; Gueutal, à Nancy ; Hahn, à Paris ; Hoffmann, à Delme (Moselle) ; Ichock, à Clichy (Seine) ; Izard, à Paris ; Jaeger, à Colmar ; Laignier, à Paris ; Lambot, à Toulon ; Lartigau, à Tarbes ; Lauge, à Oran ; Laurent, à Dunkerque ; Leboucher, à Bayeux ; Lecq, à Thèze (Basses-Pyrénées) ; Legendre, à Lamarche (Vosges) ; Lepage, au Mans ; Leufflin, à Massevaux (Haut-Rhin) ; Levi, à Orléans ; Lévy (Gaston), à Paris ; Liber, à Walincourt (Nord) ; le professeur Luton, à Clermont-Ferrand ; Mallet, à Brienon (Yonne) ; Mans, à Saint-Rémy (Haute-Saône) ; Marceron, à Paris ; Marcland, à Limoges ; Marie, à Rouen ; Massia, à Lyon ; Marot, à Châtillon-sur-Marne (Marne) ; Merat, à Sainte-Savine (Aube) ; Mignot, à Besançon ; Olieu, à Annecy ; Ortodoxu, à Chablis (Yonne) ; Oury, à Sainte-Maurice (Seine) ; Paudeleu, à Nice ; Penard, à Chaponost (Rhône) ; Perdriat, à Corbigny (Nièvre) ; médecin-lieutenant-colonel Peyre, à Paris ; Pierre, à Troyes ; Ponthus, à Lyon ; Rangier, à Paris ; Rauch, à Briançon ; Mlle Roussy, à Saint-Quentin ; Salanier, à Paris ; Sayer, à Châtel-sur-Moselle ; Schmidt, à Andlau (Bas-Rhin) ; Serin, à Fontenay-sous-Bois (Seine) ; Skapier, à Paris ; Smol, à Paris ; Soderlindh, à Florac (Lozère) ; Tacquet, à Saint-Riguier (Somme) ; Triollet, à Vannes ; Theron, à Grabels (Hérault) ; de Traverse, à Paris ; Trinquet, à Valenciennes ; Mme Vacher, à Paris ; médecin-lieutenant-colonel en retraite Vuillemot, à Blida ; Weiller, à Paris ; Wurmser, à Paris ; Lefebvre, à Cambrai.

Ont été promus ou nommés dans l'ORDRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, à l'occasion de cérémonies présidées par un membre du gouvernement :

Au grade de commandeur : le professeur Marquis, à Rennes.

Au grade d'officier : Amselle, à Épernay ; Bommier, à Wardrecques (Pas-de-Calais) ; Degrais, à Paris ; Dulac, à Paris ; Vonderweldt, à Mulhouse ; Spartali (Arménien, résidant en France), à Paris.

Au grade de chevalier : Bannwarth, à Mulhouse ; Bricard, à Paris ; Destruels, à Arcis-sur-Aube (Aube) ; Didier, à Épinal ; Durand, à Paris ; Gouvenot, à Joinville (Haute-Marne) ; Jacquet, à Saint-Dié.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.

N° 20. — SAMEDI 11 MARS 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Abcès du poumon, par MM. J. Piton et G. Le Sueur.
SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences.
LIVRES NOUVEAUX.
LISTE DE L'EXTERNAT.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat* (oral).

Séance du 6 mars : MM. Amado, 21 ; Joublin, 25 ; Staub, 21 ; Carlotti, 23 ; Cossart, 21 ; Tubiana, 13,5 ; Rognon, 17,5 ; Mlle Bourget, 17 ; MM. Hagège, 21,5 ; Duhamel (G.), 22.

Questions : Signes, évolution et diagnostic du cancer du col utérin. — Signes et diagnostic de la colique hépatique.

Séance du 7 mars : MM. Didier (Raymond), 22 ; d'Oelsnitz, 18 ; Baudon, 24 ; Debusschère, 27 ; Radievsky, 15 ; Audoly, 20 ; Legrand (Marcel), 18 ; Horvilleur, 15 ; Davy, 21 ; Mlle Lipmann, 17.

Questions : Formes cliniques de la tuberculose des capsules surrénales. — Formes, diagnostic et traitement d'un tétanos secondaire à une plaie des membres.

Séance du 7 mars : MM. Bessière, 15 ; Ducournau, 17 ; Paley, 17 ; Klein (Michel), 14 ; Fortin, 19 ; Bolivar, 20 ; Saltet de Sablet, 16 ; Lamy, 16 ; Scherrer, 13 ; François (Armand), 20.

Questions : Complications de la coqueluche. — Signes et évolution de l'appendicite aigüe de l'adulte, selon le siège de l'appendice.

Concours de l'externat. — Séance du 6 février. — Liste par ordre de mérite des 375 candidats reçus :

Mlle Crémer, 66 ; MM. Tournier (P.), 62 ; Woimant, 61,5 ; Lasry, Aurousseau (Robert), 61 ; Beugnon (Jacques), 60,5 ; Torre (P.), 60 ; Rongier (P.), 59,5 ; Mlle Quéret, M. Buhot, 59. MM. Missonnier, Boudot, 58,5 ; Mlle Boinet (Françoise), M. Lavat, 58 ; M. Delagarde, Mlle Cousin, M. Lévy (Alfred), Mlle Loudenot, 57,5 ; MM. Lamy (Jules), Andricq, 57 ; Alison (Michel), Taptas, Berger (Michel), 56,5.

MM. Siraga, Bonici, Jacquet-Lagrèze, Delbarre, Mlle Bett, MM. Lemerre, Ryckewaert, Renaud (Claude) Zissu (Roland), Hourtoulle 56.

MM. Elhaïk, Vivarès, Le Forestier, Picard (Jacques), Leménager, Cayla, Viollet, 55,5.

MM. Lacourbe, Guillain, Binda, Mlle Morin-Gauthier (Ida), MM. Boulard (Pierre), Teurtroy, Meker, Menut, Dailheu, Mlle Brun, MM. Vincens (Gabriel), Choffel, Laham, 55.

MM. Beñezech, Lebas (Raymond), Benoit (Pierre), Mlle Rapidel, MM. Dessertenne, Gadras, Mlles Bricard, Decaup, 54,5.

MM. Gosset (Claude), Deniker, Giès, Frette (André), Tessler (Léon), Ricordeau, Fourdinier, 54.

MM. Allenic, Hartmann, Smagghe, Tardieu, Bailliart, Mlle Weinstein, MM. Tchekhoff, Goetschel, Sors, 53,5.

M. Vigier, Mlle Piobetta, MM. Gerson, Rémond (Antoine), Poullain (Jacques), Mlle Isserlis, MM. Lemaire (Marcel), Monod-Broca, Schatz, Mawas, Lemaire, Téqui, Robin, Ramadier, Tubiana (Maurice), Chevillotte, 53.

MM. Bouclier, Ramaroni, Mlles Ochsenbeim, Naline, MM. Thomas-Lamotte, Solignac, Mlles Pécaut, Thiédot, 52,5.

M. Cambessedès (André), Mlle Le Ricolais, MM. Oger (René), Autin (Jacques), Mlle Iliovici, M. Aga (Daniel), Mlles Balle, Savaton, MM. Forest, Atias, Sée, Morin, 52.

MM. Lévy (Jean-Claude), Diala, Denisart, Pillois, Granier (Jacques), Reichmann, Pilven, Mlle Stoll, MM. Mathey, Chavelet, Villey-Desmeserets, Mlles Bricard, Brunel, MM. Zadikian, Boëffard, Mlle Bourgeois, M. Lannes, Mlle Garnier, MM. Chambrand, Blum (Jean), Canlorbe, Gauchy, Le Nail 51,5.

MM. Ivaldi, Ageorges, Deroide, Léveillé, Lévy (Jacob), Arrighi de Casanova, Mallet, Mlle Hesse, MM. Pichot, Caron, Bonan, Egger, Monnerot, Scherer, Bleibtreu, Auvert, Delpech, 51.

M. Deplus, Mlle Saloff, M. Leibinson, Mlle Konarzewska, MM. Crépin, Adam (Félix), Lefort (Adrien), Mlle Thierry-Mieg, MM. Mazars, Allende, Lemoine (Gustave), Labat (Pierre), Krief, Emile-Zola, Reymond (Jean), Bénézech, Blanguernon, Mlle Laprade, MM. Ferrand (Jacques), Lévy (Pierre), 50,5.

MM. Brami, Lecour (Jacques), Asséo, Sergent, Hirsch, Velter, Marchat, Pépin, Weil, Mlle Lévy, MM. Marquand, Farcot, Eltrich, Verdoux, Gouygou, Mlle Bezier, MM. Nicolle, de Barrigue de Montvallon, 50.

MM. Cauvin, Fondeville, Vincent (Robert), Brunel, Mlle Huguet, MM. Marchenay, Le-Tan-Vinh, Laham, Roujeau, Wallet, Mathieu de Fossey, Mlles Lecour, Uhry, MM. Rolandez, Chevrolle, Gumpelson, Morer, Lévy (Jean, Louis), Dubois (Jean), 49,5.

MM. Daffos, Arondel, Mlle Prozynski, MM. Balter, Essel, Mlle Muraccioli, M. Chaïa, Mlle Nattan-Larrier, M. Beunaiche, Mlles Rosenthal, Pozerski, MM. Maurin, Garrigues, 49.

M. Chapeyrou, Mlle Bauzin, MM. Apkarian (Haroutroum), Benmoussa, Vezard, Mlle Bory, MM. Boissière (Henri), Beauvy, Durville, Mlle Trilling, MM. Salmona, Avenier, Caspar, Paraf (André), Tibi, Molho, Masse, Meininger, Baranger, Meng, 48,5.

MM. Bonnaïs, Imperiali, Duprey, Guillaume (Jean), Treps, Autier, Mlles Lodyjensky, Cercus, Mme Mazzoli, née Imer, MM. Couespel, Saïd (Haïm), Mlle Ledrut, M. Parrot, Mlle Meynard, MM. Hervy, Aelion, Gayno, Meyer (Bernard), Mlle Imianitoff, M. Genesseau, 48.

Mlle Moday, MM. Libaude, Torras, Champliau, Ripart, Baud, Cohen, Mérian, Mme Fayol, née Crépy, MM. Laurent (Pierre), Sevegrand, Coupaye, Delpuech, Martin (Jean), Pouchol, Mlles Aïtoff, Rabut (Odile), 47,5.

MM. Imbert (Auguste), Boulay, Mlles Lemaitre, Rozenberg, MM. Bureau (Pierre), Manny, Mlle Médioni (Germaine), MM. Camilleri, Massonnet, Mme Krajevitch, MM. Lefort (Jacques), Gauliard, Decroix, Lion, Porte, Mlle Genty, MM. Monod (Eric), Constant, Sichère, Fleury, Burgot, Mlle Ardillier, M. Matet, 47.

MM. Mazel, Herschberg, Mlles Giard, Labarre, MM. Loubry, Séropian, Denis (Paul), Delouche, Perrimond, Barral, Sirot, Millner, Lochard, de Person, Nolot, Oteïfa-Meyer, Heber-Suffrin, Gillet (Jean), Bouchara, Dumée, Klotz, Juret, Corganian-Corganoff, 46,5.

MM. Guérin (Henri), Catsanis, Pesle, Azoulay (Joseph), Mercier (Edmond), Rosenwald, Vigoureux, Zipper, Mlle Pariente, MM. Bogros, Messer, Blumenfeld, Mlles Cestre, Caubel (Anne), M. Baum-Lewin (Albert), 46.

MM. Michel (Paul), Bétuel, Touret, Tzanck, Lajoux, Mme Ribierre, Mlles Delplace, Guillouët, MM. Sassier, Lebec, Avril, Mlle Langevin, MM. Guéret, Mesnier, Mlles Laemmer, Chapelan, MM. Marcotte, Lagier, 45,5.

MM. Tillet, Szpigielman, Pondaven, Bracq, Sevaux, Daguin, Thullier, El Okbi, Mariette, Cleisz, Mlles Mawas, Hillerms, MM. Thierrart, Faurel, Michiels, Vigneron, 45.

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin chef de l'hôpital psychiatrique Saint-Luc, à Pau, est vacant par suite du départ de M. le docteur Gardes, appelé à un autre poste.

Le poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Duchene.

Le poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fains (Meuse) est actuellement vacant, par suite du départ de Mme le docteur Collet.

Cinquantenaire de l'Institut Pasteur. — L'Institut Pasteur célèbrera le mercredi 15 mars le cinquantième anniversaire de sa fondation, en présence du Président de la République. La cérémonie aura lieu dans le grand amphithéâtre de l'Institut, à 15 heures. Quatre discours seront prononcés : par un délégué étranger ; par M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur, sur la méthode et la technique pastoriennes ; par M. G. Ramon, sous-directeur, sur l'œuvre du docteur Roux en matière de diphtérie, et par M. Pasteur-Vallery-Radot sur les filiales de l'Institut.

Faculté de médecine de Paris. — *Congé de la Mi-Carême 1939.* — 1° Les cours, travaux pratiques et examens vaqueront le jeudi 16 mars. La bibliothèque sera également fermée. 2° Les bureaux du secrétariat seront ouverts seulement de midi à 15 heures.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Santy, agrégé, est nommé professeur de chirurgie opératoire à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire de la chaire : M. Cotte).

Faculté de médecine de Montpellier. — La chaire de thérapeutique et matière médicale est déclarée vacante.

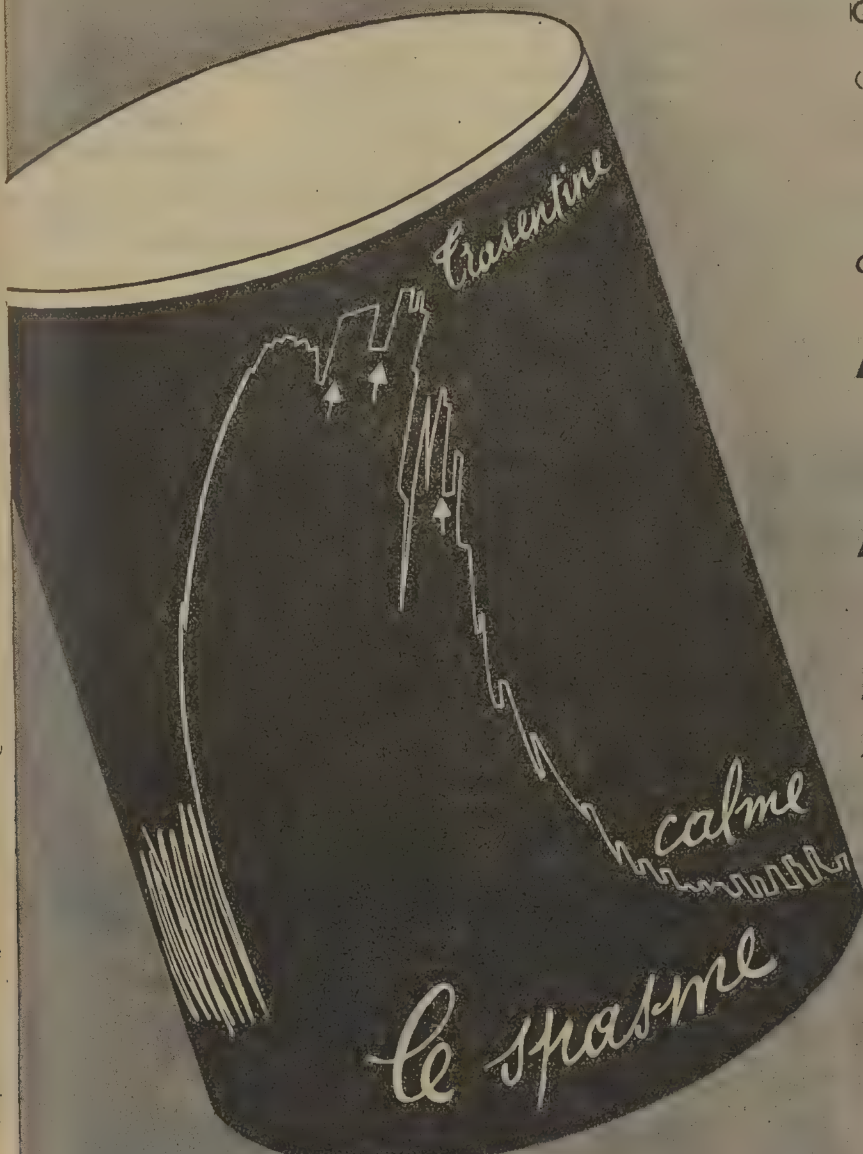
Légion d'honneur. — Marine (réserve).
Commandeur : le médecin général Bellot.
Officier : le médecin principal Hardy.
Chevalier : le médecin de 1re classe Jamain.

Vacances de Pâques sur la Côte d'Azur. — Nous rappelons que le quatorzième voyage de Pâques de la Société médicale du Littoral méditerranéen aura lieu du 8 au 15 avril (Pâques).
S'adresser au Secrétariat, 24, rue Verdi, à Nice.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Albert Aubry, ancien sénateur, décédé à Alger.

— Le docteur Aimar Raoult (de Nancy), ancien interne des hôpitaux de Paris (1888).


Trasentine
calme
le spasme

REVUE GENERALE

ABCÈS DU POUMON

PAR MM.

J. PITON et G. LE SUEUR

Internes des hôpitaux de Paris

S'il est un chapitre de la pathologie pulmonaire qui, depuis ces vingt dernières années, a subi des remaniements au point de le rendre méconnaissable, c'est, certes, celui des abcès du poumon.

Nous voudrions dans cet exposé, après avoir rappelé les données anatomocliniques maintenant classiques, insister sur l'intérêt des procédés d'investigation nouveaux qui sont à notre disposition pour parfaire le diagnostic. Ils sont précieux, voire indispensables, pour déterminer et ensuite exécuter les sanctions thérapeutiques.

Nous devons, en commençant cette étude, constater qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, une définition de l'abcès du poumon universellement adoptée. Reprenant généralement la définition donnée en 1927 par Kourilsky dans sa thèse, on dit que l'A. P. est « une collection suppurée circonscrite non tuberculeuse, développée dans une perte de substance du parenchyme pulmonaire ».

Cependant, la caverne ne représente qu'une échéance possible de l'abcès et ne doit pas le définir. L'abcès est une destruction septique du parenchyme pulmonaire, entraînant la fonte purulente des alvéoles et leur confluence.

***

Qu'on nous permette un bref rappel historique.

Bayle, le premier, décrit une vomique extériorisant un abcès pulmonaire et la distingue de celle qui succède à une suppuration pleurale. Mais son élève Laënnec (1) insiste sur son extrême rareté; il ne l'a rencontré que cinq ou six fois, et ce fut toujours à la suite d'une pneumonie. Il décrit, par contre, la gangrène pulmonaire et même une gangrène chronique prolongée.

Rilliet et Barthez vont décrire les abcès broncho-pneumoniques, et Woillez ceux des septicémies. Mais il suffit de consulter le dictionnaire de Jaccoud pour voir combien, à cette époque, les suppurations pulmonaires tiennent peu de place. Dieulafoy reste fidèle à cette doctrine et, pour lui, toute suppuration « suspendue » dans le poumon est une pleurésie interlobaire. Elle prend une grande place en pathologie.

En 1914, plusieurs observations d'abcès sont publiées à la Société Médicale des Hôpitaux, par Achard, par Merle et par Caussade. Le terme d'abcès gangréneux est créé par Marfan, il devait faire fortune.

Les observations vont se multiplier pendant la guerre, chez les ypérités d'une part, et au cours de la grande pandémie de grippe d'autre part. Puis les Américains rapportent des cas par centaines après amygdalectomie ou autres interventions rhinopharyngées.

En France, après le Congrès de Nancy en 1925 (2) et le Rapport de Bezançon et de Jong, tous les auteurs reconnaissent la fréquence nouvelle des abcès du poumon, et le premier travail d'ensemble est la thèse de Kourilsky (3) inspirée par Sergent et Lemierre, suivie l'année suivante par la monographie de M. L. Kindberg (4).

Nous sommes depuis entrés dans l'ère des discussions thérapeutiques avec les travaux de Sergent, Baumgartner et de Robert Monod en France ; de Sauerbruck en Allemagne ; de Lilienthal et Graham aux Etats-Unis, et de Tudor Edwards en Angleterre.

Etiologie. — Actuellement l'abcès du poumon est le plus souvent, neuf fois sur dix, une maladie *primitive*. La connaissance de ces abcès est une acquisition récente de la clinique, les classiques ne connaissaient, en effet, que les abcès secondaires.

Les causes d'abcès *secondaires* sont nombreuses et disparates (5). Il faut distinguer :

1° Les abcès par *propagation de voisinage*, venant d'une suppuration pariétale ou abdominale qui cherche à s'évacuer dans les bronches. Les affections œsophagiennes, cancer, rétrécissement sont aussi génératrices fréquentes de suppuration pulmonaires. On en rapproche les *abcès traumatiques :* avec suppuration autour d'un projectile inclus, ou développée en un point de son trajet ;

2° Les *abcès métastatiques* par embolie septique, sont consécutifs à une suppuration à distance, rhinopharyngée, amygdalienne, dentaire, otitique, ou sinusale. Puis viennent les infections puerpérales (surtout post abortum) et les infections digestives. L'intervention chirurgicale peut jouer un rôle déclenchant. Chipman et More (6) aux Etats-Unis ont insisté sur l'A. du P. après amygdalectomie et citent des statistiques impressionantes. En France, nous voyons surtout ces abcès après intervention sur l'utérus et ses annexes, et, un peu moins souvent, après les interventions gastroduodénales (7) ;

3° Les *abcès par déglutition* de produits septiques ont une fréquence discutée. Ils expliquent la survenue des abcès du poumon chez les noyés et chez les enfants par ingestion de corps étrangers (8) ;

4° Plus intéressants sont les *abcès secondaires à une pneumopathie* préalable. Le grand abcès post-pneumonique, décrit par Laennec, reste très rare. L'abcès secondaire à une broncho-pneumonie est beaucoup plus fréquent. La grippe de 1918 s'est compliquée de nombreux abcès. La broncho-pneumonie due à l'ypérite a souvent évolué vers l'abcédation.

La dilatation des bronches se complique souvent d'abcès secondaires et aboutit à un tableau de pyosclérose qui rejoint celui que donne l'abcès bronchectasiant (9).

Le cancer du poumon primitif, se complique souvent aussi de suppuration développée dans la masse cancéreuse ou à son voisinage et après 50 ans, un fort pourcentage des abcès relève de cette étiologie (10).

Bactériologie (11). — L'étude bactériologique est difficile. Seule une ponction de l'abcès permettrait de prélever le pus aseptiquement. On ne peut toujours

y parvenir même sous repérage radiologique, on court le risque d'essaimer l'infection, surtout s'il s'agit d'une infection putride, et dans la statistique de Sappington (12) portant sur 2.500 cas ponctionnés, on trouve 4 embolies gazeuses avec 2 hémiplégies résiduelles.

On se contente en pratique d'étudier le pus de la vomique et des crachats. Malheureusement la stagnation bronchique et les souillures buccales jouent un rôle considérable, et dans les services spécialisés on fait le prélèvement par broncoscopie.

1° *Les pyogènes banaux.* — Le *pneumocoque* est assez souvent cité, le type IV semble le plus fréquent ; le *streptocoque* hémolytique semble de plus en plus important. Le *staphylocoque doré, l'entérocoque*, le *proteus* sont également rencontrés.

Il n'y a pas de forme anatomo clinique particulière à chaque germe. Souvent ils sont associés, et l'étude des crachats montre une flore mixte où peut prédominer un germe ;

2° *Le Pneumobacille de Friedlander*, mérite une place à part avec son type anatomique spécial, véritable phlegmon diffus ;

3° *L'Amibe dysentérique* donne un abcès qu'il faut individualiser, et nous en rapprochons une autre parasitose, l'actinomycose qui peut engendrer des suppurations (13) ;

4° *Les Anaérobies.* — On les trouve presque chaque fois qu'il y a fétidité de l'haleine. Les germes sont en nappe compacte et de types très nombreux. Ils fourmillent en gelose profonde, où leur isolement exige un travail long et difficile. Le Bacillus Perfringens, Ramosus, funduliformis, fragilis, serpens, Spirillum nigrum, le streptocoque putride et le bacille fusiforme sont les plus fréquents ;

5° *Les spirochètes.* — Leur rôle a été étudié par Bezançon et Etchegoin (14). Ils semblent très actifs, tassés les uns contre les autres en un véritable feutrage dans la paroi de la caverne (15). On les trouve dans la majorité des cas d'abcès fétide. Leur rôle est discuté : fourriers de l'infection pour Sergent, agents d'extension de la sclérose pour Bezançon. Ce dernier auteur les croit distincts du spirochète de Vincent, et leurs caractères morphologiques les rapprochent du Sp. bronchialis de Castellani. Des récentes techniques de culture vont nous permettre de mieux connaître leur biologie (16) ;

6° Nous devons signaler encore la possibilité de présence transitoire de *bacille de Koch* dans le pus de l'abcès. Celui-ci peut survenir en dehors de toute tuberculose évolutive associée, et semble s'expliquer par la destruction de foyers de tubercules anciens enkystés. Les bacilles de Koch, surviennent par décharges passagères, et ne sont qu'assez rarement trouvés à l'examen direct. Par contre leur recherche systématique par inoculation après la destruction de la flore associée en a montré la présence dans 40 % des cas (17).

Pathogénie. — Quatre voies permettent aux germes infectieux d'atteindre le poumon :

1° *La voie directe*, après traumatisme ou blessure par éclat d'obus, et rétention de corps étranger ;

2° La *voie lymphatique* est aussi très rare. Elle est utilisée par certaines suppurations abdominales ;

3° La *voie* sanguine est évidente en cas d'embolie. Elle semble souvent en cause et a permis chez le chien de reproduire l'abcès du poumon expérimental (18) ;

4° La *voie bronchique* est peut-être la modalité générale. Il semble que ce soit par voie bronchique que l'infection des voies aériennes supérieures puisse atteindre le poumon. L'inoculation septique des bronches après tonsillectomie a été suivie au bronchoscope. L'inhalation de produits septiques pendant une anesthésie générale, explique aussi beaucoup d'abcès post-opératoires. C'est par cette voie que, selon Neuhoff dont l'opinion s'étaye sur 300 cas récemment étudiés et suivis, se réalise la quasi-totalité des *abcès putrides :* L'embolie bronchique, moyenne ou petite, détermine l'atélectasie d'emblée infectée, du territoire parenchymateux correspondant. La nécrose serait rapide et l'abcès constitué du 2e au 10e jour.

Anatomie pathologique (19). — L'abcès siège de façon variable, mais dans plus de la moitié des cas, il occupe le lobe inférieur, sous la scissure, et il est plus fréquent à droite qu'à gauche. Mais la localisation est souvent aussi parahilaire, surtout pour les abcès fétides.

La taille varie de celle d'un grain de mil à celle d'un lobe tout entier.

On décrit schématiquement quatre variétés anatomiques :

— Abcès simple ;
— Abcès multiple ;
— Abcès diffus ou aréolaire ;
— Abcès gangréneux.

1. — *L'Abcès simple.* — C'est l'abcès à pyogènes, non fétide en principe.

Le lobe pulmonaire est augmenté de volume, lourd et dense, il ressemble à un bloc hépatisé. La plèvre est épaissie, elle adhère à la paroi, et est symphysée dans l'interlobe, mais il n'y a pas de liquide. A la coupe, la cavité apparaît creusée en plein parenchyme, sans coque fibreuse définie. Elle peut être tapissée par une membrane pyogène assez mal individualisée, incomplète, et bordée de débris flottants.

Au centre de l'abcès, dans la zone de ramollissement, on trouve parfois le pus verdâtre bien lié dû au pneumocoque ou plus souvent un pus fluide mais jaunâtre dû aux pyogènes banaux, et contenant des débris brunâtres de parenchyme nécrosé.

L'abcès peut guérir sans cicatrice indélébile et mutilante, même après une pneumotomie de drainage. Ou bien il passe à la chronicité, la paroi s'organise, la sclérose se développe.

2. — *Les Abcès multiples.* — Les abcès simples peuvent être multiples. Les abcès fétides sont également presque toujours multiples. Mais surtout nous voulons insister sur les abcès *broncho-pneumoniques* qui sont innombrables. Ils sont petits, de la taille d'un tubercule. A la coupe, le poumon est farci de petits grains jaunâtres (grains jaunes de Fauvel) et cet aspect rappelle la tuberculose nodulaire, mais le contenu de chacune de ces granulations est purulent et

non caséeux. Les nodules sont centrés par une bronche plus ou moins détruite. Les abcès *septicopyohémiques* sont aussi petits et nombreux, mais les foyers sont centrés par les artères, et la confluence de plusieurs foyers élémentaires peut donner un foyer de plus grande taille.

3. — *L'Abcès diffus ou aérolaire* est presque toujours fétide. Toute une zone de parenchyme est altérée, le pus bien lié manque, et c'est une masse hétérogène malodorante, où vont se creuser de petites logettes.

Les aspects sont nombreux suivant l'importance relative des lésions bronchiques, de la sclérose associée, et des réactions pleurales de voisinage.

4. — *La Caverne gangréneuse* (ou abcès gangréneux, ou abcès putride). Elle peut être secondaire à la variété précédente.

Elle se distingue de l'abcès simple par sa cavité plus anfractueuse avec ses parois effilochées et jamais limitées par une fausse membrane. Le parenchyme périphérique contient des noyaux essaimés.

Cet abcès a surtout deux caractéristiques.

L'importance de la sclérose d'abord, son développement rapide et très précoce de la substance collagène, envoie des travées fibreuses mutilantes. La sclérose ne cherche pas à limiter l'abcès, elle marche de pair avec son évolution.

La fréquence d'autre part des lésions bronchiques doit être soulignée. L'abcès entraîne une altération de la paroi bronchique, et ce surtout dans les abcès chroniques, en créant un véritable clapier purulent où des bronches dilatées font communiquer les foyers abcédés.

Les auteurs américains (Aschner et Lilienthal) ont beaucoup insisté sur cette intrication des bronches dilatées et ils en font une variété spéciale : les *abcès bronchectasiants.*

D'aucuns font de cette variété anatomique une cinquième classe d'abcès pulmonaires, mais en réalité celle-ci n'est pas un type primitif et dérive d'un abcès passé à la chronicité (20).

Histologiquement. — La zone centrale de l'abcès est une nappe de polynucléaires altérés avec des fragments de tissus détruits, où subsistent longtemps des fibres élastiques. Au centre la bronche et le vaisseau sont assez difficiles à retrouver. On y parvient parfois en s'aidant des colorations à l'orcéine ou à la fuchseline (Weigert) qui colorent le squelette élastique.

La paroi est faite de détritus d'alvéoles tassées et aplaties. On y trouve des capillaires dilatés remplis de sang expliquant les hémoptysies. Les alvéoles subsistant sont bourrées de polynucléaires et de cellules pariétales desquamées, puis insensiblement l'alvéolite purulente fait place à l'alvéolite fibrinoleucocytaire, puis à l'alvéolite congestive et catarrhale.

Le collagène, surtout important autour des cavernes gangréneuses, se développe en trousseaux fibreux interlobulaires et intralobulaires allant rejoindre bronches et vaisseaux. Son abondance dans ce cas rappelle l'aspect d'un bloc de pneumonie ardoisée.

On trouve dans les lésions bronchiques des abcès putrides, une gaine suppurée péribronchique, avec infiltration de la sous-muqueuse et congestion intense coupée de raptus hémorragiques.

***

L'Abcès à Pneumobacille de Friedlander se caractérise par une nécrose rapide très extensive mais non putride, aboutissant à une escarre étendue. Une réaction pleurale hémorragique l'accompagne. Le pus est brun, visqueux, collant et contient des fragments d'escarre pulmonaire. Il a une odeur caractéristique de corne brûlée.

L'*Abcès amibien* (21) siège le plus souvent au lobe inférieur droit, secondaire à une hépatite amibienne transmise par voie directe. Mais l'abcès peut être primitif. Le pus est blanchâtre, mal lié et inodore ; il est stérile, c'est là son caractère principal.

La paroi est très irrégulière, formée de tissus nécrosé, et le tissus pulmonaire avoisinant est altéré par une alvéolite desquammative avec exsudat abondant, où fourmillent les leucocytes, les cellules pariétales et les amibes.

Etude clinique (22). — Point n'est besoin d'insister sur le polymorphisme que revêtent les A. du P. Il est encore habituel d'opposer dans une certaine mesure les abcès à pyogènes banaux, aux abcès fétides dus aux anaérobies associés ou non aux spirochètes.

Mais si l'on s'en tient à la clinique pure, l'histoire de l'abcès pulmonaire est dominée et centrée par un fait : *la vomique.* Quelles que soient les modalités étiologiques, que l'on ait ou non la suspicion de l'abcès pulmonaire, la survenue de la vomique tranche le problème, et après elle c'est une question d'évolution, donc de pronostic et de thérapeutique qui se pose.

Avant la vomique, le problème diagnostique se présente dans des conditions variables. Certes l'apparition d'un abcès métastatique secondaire peut être fortement suspectée lorsque des manifestations fonctionnelles pleuro-pulmonaires (au premier chef le point de côté brutal et tenace, et la dyspnée) coïncidant avec une recrudescence fébrile, surviennent au cours d'affections dont le rôle étiologique nous est connu. Un examen radiologique peut faire prendre corps au diagnostic soupçonné, et ceci n'est pas sans intérêt thérapeutique.

Mais dans un grand nombre de cas, l'abcès cliniquement primitif se présente sous le masque d'une pneumopathie sévère. Le plus souvent, sur le mode aigu, un point de côté brutal, un frisson, une toux sèche surviennent parallèlement à un syndrome infectieux général, où seule l'*hyperleucocytose* pourrait avoir une certaine valeur indicatrice. La variabilité des signes donnés par l'examen fait qu'on pose le diagnostic d'attente de pneumonie d'allure bâtarde.

D'autres fois — et nous y insistons — l'allure est subaiguë, quelques manifestations pulmonaires banales feront consulter ce malade dans un service de phtisiologie, et c'est *la non constatation du bacille de Koch dans l'expectoration à des examens répétés* qui fait envisager pour la première fois la possibilité d'une suppuration pulmonaire. Que cette pneumopathie évolue par poussée et l'aspect pseudo-tuberculeux est constitué. De toute façon, ici, la radiologie ne permettra pas de trancher le problème (23).

La vomique survient classiquement très tôt vers le 6e ou 7e jour de l'évolution. En fait cette notion n'a

rien d'absolu. Elle peut être brutale, massive et abondante — souvent dramatique d'ailleurs — ou au contraire fractionnée, elle peut être précédée de prodrômes tels qu'une petite hémoptysie, une fétidité passagère de l'haleine. Le fait important est que, brusquement, sans transition, le malade est devenu un cracheur de pus.

Les caractères de l'expectoration une fois installée ont aussi une valeur diagnostique certaine. A côté de cellules dégénérées, de leucocytes, les colorations spéciales montrent les fibres élastiques, ce qui permet d'affirmer l'origine intraparenchymateuse du pus émis — malheureusement ce caractère est inconstant — on trouve une flore microbienne dont nous avons déjà parlé, et où nous avons fait les réserves nécessaires. L'un des caractères les plus importants de cette expectoration est un caractère négatif : il n'y a pas de bacilles de Koch.

Nous avons vu précédemment les réserves que, dans la pratique, il convient de faire à ce sujet.

Recueillie dans un verre, l'expectoration apparaît comme une nappe purulente assez homogène, et fréquemment elle sera mêlée de sang et colorée en rouge ou en brun. Mais surtout *l'odeur* est un caractère sur lequel les auteurs ont bien des fois insisté. C'est sur l'existence ou non de la fétidité que repose la classification habituelle en abcès simples et abcès fétides, dont on a voulu tirer des conclusions étiologiques, pronostiques et thérapeutiques. Cette opposition paraît à l'heure actuelle un peu excessive.

La fétidité n'est pas l'apanage exclusif des anaérobies, le streptocoque peut la produire. Un même abcès peut être d'abord fétide puis perdre ce caractère, ou inversement. Les abcès fétides enfin n'ont pas toujours la gravité constante que les premiers observateurs avaient signalée.

Dans la majorité des cas, il ne faut pas attendre de précieux renseignements de la symptomatologie physique. Ici, c'est un souffle amphorique, quelques râles humides et une zone de matité qui réalisent un syndrome cavitaire. Ailleurs c'est une matité suspendue avec une zone de silence respiratoire qui fait penser à la pleurésie interlobaire. Mais deux fois sur trois, il n'y a que des signes banaux plus ou moins diffus, ou même tous les bruits adventices peuvent manquer et l'abcès rester silencieux.

Toutes ces manifestations stéthacoustiques étant encore essentiellement variables d'un jour à l'autre, variables selon le remplissage inégal de la poche, selon l'état de la plèvre, et du parenchyme voisin.

Mais nous ne voulons pas discréditer l'examen clinique, il est important de noter tous les signes, de suivre leur persistance, leur intensité et leur variabilité. On sait quelle importance il faut attacher à ces données si une décision chirurgicale vient à se discuter et quel rôle la *fixité d'un signe* peut avoir comme valeur localisatrice (24).

Radiologie. — En matière d'abcès du poumon, *l'examen radiologique* est le complément fondamental et indispensable de l'examen clinique. On ne peut rien faire sans lui : ni diagnostic certain, ni localisation (25).

Examen radioscopique et radiographique se com-

plètent. Il faut *répéter* les radiographies à intervalles réguliers car on sait le remaniement constant des lésions, il faut faire des clichés de face et de profil, et toujours recourir aux mêmes positions, les bras relevés ou abaissés en avant.

Nous ne reviendrons pas sur l'image de l'abcès dans la période préexpulsive initiale. Opacité lobaire ou non, homogène ou floue et irrégulière, on n'y peut trouver aucun critère radiologique.

Cette image s'avère dans la règle plus expressive dès amorcée l'élimination du pus. L'aspect le plus typique (sinon le plus fréquent) est l'image hydro-aérique, de forme ovoïde, à contours nets, à grand axe vertical, telle qu'elle apparaît après une vomique brusque et abondante.

Mais l'évacuation du foyer est-elle plus lente et moins complète d'emblée, la perte de substance qui en résulte est-elle plus petite ou plus irrégulière, ou plus profonde, ses parois sont-elles plus denses, ou les réactions périfocales sont-elles plus ou moins intenses et visibles, alors les traductions radiologiques sont modifiées et les images types ne seront constituées que lentement, réduites pendant longtemps à une opacité plus ou moins limitée ou homogène, dans laquelle on peut distinguer (plus aisément sur le cliché de profil, les lésions se projetant sur l'ombre du médiastin qui fait contraste) une ou plusieurs bulles circulaires, avec parfois un niveau inférieur horizontal plus sombre.

En général la radiologie simple est suffisante, mais il peut être nécessaire pour préciser davantage l'étendue des dégâts anatomiques autant que pour connaître les possibilités d'une intervention d'exérèse, d'utiliser des méthodes complémentaires.

L'exploration lipiodolée, dont la technique est actuellement bien réglée (26), sous couvert d'une bonne anesthésie préalable, est d'un précieux secours. Il ne faut pas compter sur l'injection de l'abcès lui-même. Seul l'abcès bronchectasique peut se laisser pénétrer. Le signe négatif du « refoulement bronchique » sur lequel certains insistent paraît plus digne d'attention. En cas d'abcès la disposition des arborisations est assez voisine de la normale.

Pratiquée seule, cette exploration renseigne donc plus sur l'état bronchique périfocal que sur le foyer lui-même, mais l'introduction de lipiodol sous le contrôle du bronchoscope est une perfection certaine de la technique. Il est possible ainsi de localiser la bronche qui suppure, et d'injecter la cavité.

Par une bonne technique on évitera les erreurs d'interprétation du « poumon noyé ».

L'exploration lipiodolée transthoracique a été préconisée pour compléter utilement la bronchographie (27). Elle permet d'injecter l'abcès, et peut préciser dans une certaine mesure l'étendue de la cavité et surtout son mode de drainage. Mais les dangers auxquels elle expose et son insuffisance en cas de petits abcès font qu'elle est assez peu utilisé.

De nouvelles techniques radiologiques sont venues depuis peu étendre nos procédés d'investigation. La radiographie en coupes, dérivée de la méthode de Booage — qu'elle porte les noms de *tomographie* (28), ou de *stratigraphie* (29) — est un progrès incontestable. Elle réalise des coupes minces qui permettent d'analyser une image complexe, d'en fournir de précieux détails, et d'apprécier la profondeur de l'abcès.

La *Seriescopie* (30) est un perfectionnement de la méthode précédente. Elle permet de mesurer facilement la profondeur de la lésion par rapport au plan de l'écran.

Ces deux méthodes entrées récemment dans la pratique se complètent utilement et s'avèrent de précieux auxiliaires quand se pose l'indication chirurgicale.

⁂

Mais à côté de la radiologie nous devons insister sur une autre amélioration de nos moyens d'investigation : la *bronchoscopie* (31).

Nous reparlerons d'elle à propos du traitement. Mais là ne se bornent pas les services qu'elle nous rend. Elle doit désormais être pratiquée dans tous les cas, car elle ne mérite pas sa mauvaise réputation. C'est avant tout une question d'anesthésie. On abandonne l'anesthésie avec la cocaïne, trop dangereuse, qui exige un usage trop parcimonieux de l'anesthésique, pour donner la préférence au scuroforme, ou mieux à la pantocaïne en solution à 2 % puis 1/2 % pour la trachée et les bronches. Administrée suivant la technique de Haslinger (de Vienne) elle donne une anesthésie parfaite et n'entraîne jamais d'incidents.

L'opérateur doit être patient, manœuvrer doucement, et la bronchoscopie cesse de laisser au malade le souvenir d'un supplice. Il en acceptera le renouvellement aussi souvent qu'on le jugera utile. Il la réclamera même parfois car il éprouve les bienfaits de l'aspiration.

La bronchoscopie a l'incomparable avantage de montrer directement l'intérieur de l'arbre bronchique. On peut découvrir un corps étranger méconnu, on trouve la bronche d'où sort le pus, on peut l'injecter au lipiodol, on peut faire un prélèvement direct du pus pour en étudier la flore. Enfin elle découvrira souvent chez le sujet âgé un cancer bronchique qui est à l'origine de l'abcès, et elle en modifiera le pronostic.

Aspects évolutifs. — Ils sont multiples et souvent imprévisibles, comme sont multiples les aspects anatomo-cliniques.

Il n'est pas utile d'insister sur les *formes graves*, où la vomique n'évite pas l'issue fatale dans un délai plus ou moins rapide, qu'il s'agisse d'un abcès volumineux extensif ou d'un état septicémique avec complications multiples, pleurales et cardiaques surtout.

A l'opposé il y a de nombreuses *formes spontanément curables* sur la fréquence desquelles on insiste encore actuellement. Classiquement ces évolutions favorables qui se font rapidement ou sont échelonnées sur six semaines, deux mois, étaient l'apanage presque exclusif des abcès à pyogènes d'allure primitive. Des statistiques récentes montrent moins d'intransigeance et prouvent que bien souvent, des abcès fétides partagent ce bon pronostic. MM. Bezançon, Azoulay et Bernal (32) rapportant une série de 72 cas suivis de 1928 à 1934 dont la très grande majorité (93 %) sont fétides, ont eu 52 cas guéris médicalement.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop être circonspect et prudent dans l'affirmation de la guérison. Seul le temps la confirmera.

Des critères de guérison qui vaudront par leur association et leur constance seront exigés. Ce seront essentiellement :

— la conservation d'un bon état général, avec reprise du poids ;

— la disparition des signes cliniques à l'auscultation ;

— et surtout une image pulmonaire normale ou une *cicatrice immuable*, ce qui est le cas le plus fréquent.

Encore cette guérison apparente est-elle parfois sujette à cautions. Combien d'exemples n'y a-t-il pas de rechutes à très longue échéance, de mois, et même d'années !

L'évolution chronique, est à l'opposé du cas précédent l'évolution habituelle des abcès putrides. Mais ceci n'a rien d'absolu, et il existe des abcès simples secondairement fétides. En fait, tout tourne autour des dégâts anatomiques quel que soit le germe considéré.

Cette évolution désespérante qui conduit le malade à la cachexie avec fonte musculaire considérable, teint terreux, diarrhée, hippocratisme des doigts, et un état fébrile constant passe toujours par la même succession d'événements.

Après la poussée aiguë primitive, survient une rémission, puis un nouvel épisode aigu, avec chaque fois une haleine fétide et une diminution de l'expectoration qui reste en rétention.

La courbe de celle-ci croise la courbe de la température.

Ces rechutes ont une durée variable — comme sont variables les périodes de rémission. Mais à dire vrai, il est exceptionnel qu'au cours de celles-ci le malade recouvre une parfaite santé : une instabilité thermique, des bouffées de fétidité de l'haleine avec légère reprise de l'expectoration sont les témoins habituels — bien qu'intermittents — de la persistance du processus évolutif.

La Radiologie permet de suivre le remaniement des lésions, la formation d'un nouveau foyer, ou le réveil de l'ancien. Nous n'avons pas besoin d'insister sur le danger de laisser se développer ce système de pyosclérose envahissante, en voulant encore espérer une guérison spontanée qui devient impossible. C'est habituellement un épisode aigu et rapide de gangrène diffuse qui met un terme à cette évolution chronique.

Il va sans dire qu'auparavant des *complications variées* auront pu survenir.

Les unes sont *aiguës :* telles des *hémoptysies*, parfois abondantes, et même mortelles. Telles des *pleurésies :* certaines sont seulement réactionnelles, d'autres sont purulentes, donc d'un pronostic autrement grave, encore qu'il faille distinguer celles qui se font en plèvre cloisonnée et celles qui se font en plèvre libre, ces dernières se montrant de la plus haute gravité. Telles encore des *abcès à distance*, au foie, au *cerveau* surtout.

Les complications que par opposition on peut appeler *chroniques* sont surtout *locales*, respiratoires, si on veut bien excepter la dégénérescence amyloïde, que d'ailleurs on voit rarement. Citons brièvement la *laryngite*, non douloureuse, pour insister sur la relative fréquence de deux éventualités sur la pathogénie desquels l'accord est loin d'être fait : la *dilatation des bronches*, et la *tuberculose*.

Dans le premier cas, c'est au sein même de la sclérose d'un vieil abcès chronique que se développe la dilatation bronchique, favorisée par ce processus à la fois extensif et retractile.

Mais nous ne reviendrons pas sur les discussions suscitées par les abcès dit bronchectasiques (9).

Les rapports de l'A du P. avec la *tuberculose* sont toujours discutés, et ces discussions tiennent à la pluralité des cas cliniques observés. Néanmoins, si on élimine les rares cas de gangrène pariétale d'une tuberculose excavée (Caussade) et ceux, d'abcès putride ou non, apparaissant au cours d'une bacillose chronique, la majorité des auteurs sont d'accord sur la *réactivation* que fait subir l'abcès du poumon à une tuberculose jusque là torpide. Le tableau observé est habituellement celui d'une broncho-pneumonie d'évolution rapide. Parfois c'est après un intervalle de semaines ou de mois, pendant lequel d'ailleurs l'abcès a pu guérir, qu'apparaît et évolue une bacillose plus ou moins typique. Plusieurs pathogénies ont été proposées (modification du terrain local et général? Anergie?...) qui toutes peuvent être valables compte tenu des circonstances d'apparition, des antécédents, etc. Un fait demeure : c'est que la tuberculose pulmonaire est une éventualité qu'il faut redouter dans l'avenir d'un abcès pulmonaire quel qu'il soit, ce qui engage à une prudence extrême et à des soins longtemps suivis dans la convalescence de l'abcès.

Formes cliniques. —Nous éviterons une énumération de formes symptomatiques ou évolutives, dont la liste peut être allongée à volonté. Nous ne retiendrons que les formes bien individualisées.

1. — L'*Abcès* méconnu *dissimulé par une pleurésie* (35). Les signes habituels aux épanchements purulents de la plèvre, font qu'on pratique rapidement une pleurotomie. C'est devant la persistance de la suppuration après l'intervention qu'on suspecte l'abcédation sous jacente du parenchyme.

Cliniquement un seul signe pourrait avoir de la valeur, c'est l'abondance de l'expectoration purulente émise par petites vomiques, et fétide irrégulièrement (Sergent). En fait, seuls des examens radiologiques répétés — et les profils surtout — peuvent faire la preuve de la véritable lésion anatomique.

De diagnostic difficile, cette forme d'abcès est de traitement aussi très délicat. Si la cavité pleurale est étendue, le pronostic est fatal. Si elle est petite, une simple pleurotomie suffit, mais elle laissera une fistule pleurale qui grève singulièrement l'avenir.

2. — *L'abcès amibien du poumon* est facile à reconnaître s'il coexiste et complique un abcès hépatique. Il est très difficile s'il est d'apparence primitif. L'expectoration surtout se singularise par la persistance de son caractère hémoptoïque, par son aspect visqueux, glaireux, chocolat, et par son caractère paucimicrobien.

L'abcès donne généralement un épanchement pleural de voisinage, dont le liquide clair est riche en éosino-

philes, mais le test le meilleur pour assurer le diagnostic, c'est l'efficacité rapide et élective du traitement émétinien, vers lequel aura souvent orienté une étude approfondie des antécédents du malade (signes de dysenterie fruste).

3. — *L'abcès à pneumobacilles de Friedlander* est, à vrai dire, plus un phlegmon qu'un simple abcès. Nous avons signalé l'étendue des dégâts anatomiques. L'état général est des plus graves, état toxi-infectieux avec prostration, et l'expectoration rouge brique visqueuse a une odeur spéciale de corne brûlée. La mort survient habituellement en une dizaine de jours, le diagnostic étant affirmé par l'examen de l'expectoration où fourmillent les pneumobacilles.

4. — *L'abcès du poumon chez l'enfant* (33) n'est pas aussi rare que classiquement on a bien voulu le dire. M. Debré et ses collaborateurs (34) donnent la statistique suivante pour deux ans et demie : 17 abcès pour 118 pneumonies et 6 pleurésies purulentes. Le nourrisson n'en est pas exempt. Ses caractéristiques essentielles sont les suivantes : il est habituellement *primitif*, peut venir compliquer la convalescence d'une maladie éruptive (rougeole surtout), et, fait particulier, est exceptionnellement consécutif à une autre pneumopathie. Il s'agit presque toujours d'abcès à pyogènes (pneumocoque surtout) et la *rareté des abcès putrides* est remarquable. Le fait clinique essentiel est l'*expectoration*, qui se retrouve quasi-toujours, quel que soit l'âge de l'enfant : vomicale au début, elle persiste modérément un temps variable. Les autres signes, physiques ou généraux, sont aussi variables et trompeurs que chez l'adulte.

Ici encore, l'exploration radiologique est indispensable. Tout ce qui a été dit pour l'adulte est aussi valable pour l'enfant. Mais ce qui fait sa particularité essentielle, c'est la *bénignité habituelle* de son évolution et l'*absence de passage à la chronicité*. Les complications pleurales sont à peu près les seules qu'il faille redouter : encore faut-il distinguer les pleurésies purulentes vraies des réactions pleurales puriformes — qui se voient, et rarement, dans les proportions à peu près égales.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1939

Mécanisme de l'hypertension post-dépressive observée après insufflation temporaire des poumons. — MM. André TOURNADE et Georges CHARDON.

Influence de la saignée sur le pouvoir histaminasique du plasma. — MM. Georges UNGAR et J. L. PARROT apportent des faits qui peuvent, dans une certaine mesure, expliquer l'action thérapeutique de la saignée. Le cas où cette action est incontestable est celui de l'œdème aigu du poumon, phénomène attribué par de nombreux auteurs, à la suite de Frugoni (*Minerva medica*, février 1930, p. 794), à une libération locale d'histamine. Dans ce cas, et peut-être dans d'autres, la saignée agit grâce à l'augmentation du pouvoir histaminasique.

Action du rayonnement radioactif sur les microbes. — MM. METALNIKOV, YAKIMACH et YADOFF.

LIVRES NOUVEAUX

Le Mémorial de la Guerre Blanche 1938, par GEORGES DUHAMEL, de l'Académie française (1).

Pendant la « scandaleuse crise de délire » où s'est débattue l'Europe, de juillet à novembre 1938, M. Duhamel a écrit un certain nombre de notes. C'est la réunion de ces réflexions qu'il vient de publier sous le titre de « Mémorial de la Guerre Blanche 1938 ».

Au cours de ces tristes mois, les discours, les polémiques, les fausses nouvelles, les démentis, les coups de poing sur la table à la manière de Bismarck, ont créé dans le monde entier une psychose de guerre qui relève de la pathologie. Notre illustre confrère devait trouver là matière à des observations cliniques et à des commentaires philosophiques que l'on ne manquera pas de lire avec fruit. Ce sont les réflexions d'un homme *de chez nous*, qui a fait la guerre, qui a des fils en âge de porter les armes. « Signe particulier, écrit-il, je n'appartiens à aucun parti politique, à aucune société secrète. Je suis écrivain : mon métier est de m'adresser aux hommes. J'ai coutume de peser attentivement tous les mots que j'emploie... Comme en 1918, je crois encore que les nations devront finalement s'accorder ou tomber dans une détresse profonde... »

Nous manquons de place pour suivre M. Duhamel dans tous ses souvenirs. Mais comment ne pas citer ce passage d'une actualité particulière : Il parle (p. 63) des *échanges de populations*. « Je pense, dit-il, qu'il faut remonter à la Révocation de l'Edit de Nantes, ou aux grands crimes de l'antiquité barbare pour trouver quelque chose de comparable à cet affreux troc de multitudes malheureuses... » Ce passage s'applique aux accords de Lausanne et à certaines de ses conséquences en 1924. Il pourrait s'appliquer aussi à certaines revendications dont l'écho ne s'est pas encore éteint.

La sensibilité de M. Duhamel ne l'empêche pas d'être un homme de décision et d'action. Il ne se borne pas à exprimer ses déceptions. A la ligne Maginot, à d'autres murailles de Chine que les peuples dressent entre eux, il oppose une ligne de fortifications morales : la *ligne Descartes*, que l'*Alliance française*, dont il est le Président, s'efforce, dans ses sections, de constituer dans tous les pays. La ligne Descartes repose non sur du béton, mais « sur une assise de confiante amitié. »

Le livre de M. Duhamel soulèvera sans doute des critiques. On lui reprochera peut-être d'aborder des sujets qu'il serait plus commode de passer sous silence. Entre la solution du moindre effort et celles des réalités résolument dévoilées, il n'hésite pas. Son livre, sincère et loyale, et profondément français, mérite d'être médité.

F. L. S.

(1) Un vol. in-8°, Mercure de France, Paris 1939.

Claude Bernard, morceaux choisis et préfacés par Jean ROSTAND, un volume in-16, chez Gallimard, 5, rue Sébastien-Bottin, Paris (7e). Prix : 18 francs.

Le directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.

N° 21. — MERCREDI 15 MARS 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.
Quelques aspects de la thrombose du ventricule gauche (avec 1 figure), par M. André-X. Jouve (de Marseille).

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences. — Académie de médecine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
Trois ordres du jour, par M. A. Herpin.

LIVRES NOUVEAUX.

NOTES POUR L'INTERNAT.
Signes et diagnostic de l'érythème noueux (fin), par M. G. Le Sueur.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux. Admissibilité.* — Sont déclarés admissibles : MM. Vuillième, 70 ; Rudler, 67 ; Baumann, 67 ; Mialaret, 65 ; Calvet, 65 ; Petit, 64.

Concours de nomination de chirurgien des hôpitaux (2 places). — Jury : MM. Oberlin, Martin, Lenormant, Moure, Charrier, Berger, Trémolières.

Concours de l'internat (oral).

Séance du 10 mars : M. Ferrand (Guy), 20 ; Mlle Meugé, 22 ; MM. Brenier, 19 ; Tola Ricardo, 15 ; Haguet, 24,5 ; Pluvinage, 23 ; Le Brigand (Henri), 29 ; Le Brigand (Jean), 26 ; Seyer (Jean), 26.

Questions : Formes cliniques de la pneumonie du sommet. — Les phlegmons du plancher de la bouche.

Séance du vendredi 10 mars 1939 : M. Braillon, 16 ; Mlles Saulnier, 20 ; Meunier, 25,5 ; Caulliez, 21 ; MM. Pergola, 24 ; Godlewski, 21 ; Marchal, 16 ; Bernard (Pierre, Maurice), 14 ; Pradelle, 16 ; Mlle Jurain, 24,5.

Questions : Rupture traumatique de l'urèthre perinéobulbaire. — Symptômes de tabès à la période préataxique.

Séance du 11 mars : Mlle Chaillet, 17 ; MM. Ronsin, 25 ; Nehlil, 20 ; Michon (Jacques), 26 ; Hervet, 15 ; Brac, 10 ; Mlle Samuel, 22 ; MM. Auquier, 18 ; Mage (Jean), 16,5 Sicard (Jacques), 22.

Questions : Signes et évolution de la maladie de Basedow. — Les complications de la hernie crurale.

Faculté de Médecine de Paris. — M. le professeur Roskam, de l'Université de Liége, fera deux conférences :

1o Le mardi 21 mars 1939, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté. Sujet : *Comment dépister les saigneurs latents et les petits saigneurs ;*

2o Le mercredi 22 mars 1939, à 11 heures, dans le service de la Clinique médicale de M. le professeur Loeper, à l'hôpital Saint-Antoine. Sujet : *Prévention et traitement des hémorragies.*

Ces deux conférences seront accompagnées de projections.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'or des épidémies a été décernée à titre posthume à M. le médecin colonel honoraire des troupes coloniales Blot, décédé des suites d'une maladie contractée en service, à bord d'un navire où étaient soignés des blessés espagnols.

L'exercice de la profession médicale à Monaco. — Le *Journal Officiel* du 4 mars publie le texte de la convention intervenue entre le Président de la République et le prince de Monaco, *convention fixant les conditions dans lesquelles les docteurs en médecine et chirurgiens-dentistes monégasques et français sont admis à exercer leur profession dans l'autre pays.*

Les médecins français, munis du diplôme d'État français, pourront être autorisés sur leur demande à exercer dans la Principauté de Monaco.

Réciproquement, les médecins monégasques munis du diplôme d'État français pourront être autorisés, sur leur demande, à exercer en France.

Le nombre de médecins de chacun des pays autorisés à exercer dans l'autre pays est fixé à quatorze.

Médaille du professeur Jules Bordet. — L'illustre fondateur de l'Immunologie, le professeur Jules Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, Prix Nobel de Médecine, a été élevé par le Gouvernement français à la dignité de Grand'Croix de la Légion d'honneur.

A cette occasion, ses élèves, ses collègues et ses amis de France ont formé le projet de lui offrir une médaille à son effigie, en témoignage de leur admiration pour son œuvre scientifique, accomplie en partie dans nos laboratoires, de leur reconnaissance pour son magnifique enseignement et l'amitié fidèle et agissante qu'il a vouée à notre pays.

Tout souscripteur d'une somme minimum de 100 francs recevra un exemplaire de la médaille qui sera exécutée par le maître graveur de Hérain.

Adresser les souscriptions à M. Georges Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e).

Le bal de la médecine a eu lieu la semaine dernière, en présence de M. le Président de la République. Son succès a été plus grand encore que les années précédentes. De l'avis unanime, il est impossible de rêver une fête plus brillante et plus élégante. Le bal de la médecine est maintenant un des grands événements de la saison parisienne. Et puisque ce bal assure des ressources aux orphelins et aux veuves de notre profession, le meilleur moyen de féliciter ses organisateurs n'est-il pas de les aider en leur envoyant une obole, à la Société F. E. M., 60, boulevard de La Tour-Maubourg, à Paris (7e).

Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (Professeur : M. Maurice LOEPER). — Les professeurs Hernando, Marañon, Pittaluga, de Madrid, feront des conférences à l'amphithéâtre Hayem en mars 1939, le samedi à 11 heures.

Professeur Hernando. — Samedi 11 mars : *Le traitement des syndromes neuro-anémiques.*

Professeur Marañon. — Samedi 18 mars : *La pathogénie et les limites du syndrome de Cushing.*

Professeur Pittaluga. — Samedi 25 mars : *Les anémies érythroblastiques.*

Cours pratique d'anesthésie (hôpital Laennec, service de chirurgie). — Ces cours ont repris le 6 mars 1939.

Les séances ont lieu le matin, à 9 h. 30 et l'après-midi, à 14 h. 30.

Ces cours pratiques destinés particulièrement aux externes des hôpitaux de Paris, sont entièrement gratuits.

Programme des démonstrations (M. le docteur G. LARDENNOIS et MM. les Assistants du service) :

1° L'anesthésie chirurgicale. Les divers procédés. Leurs indications et contre-indications respectives. Préparation des malades aux anesthésies. Hypnotiques de base. Les suites des anesthésies.

2° Anesthésies par inhalation. Chloroforme. Éther. Chlorure d'éthyle. Procédés et appareils. Procédé d'anesthésie avec et sans « rebreathing ». Emploi du gaz carbonique et de l'oxygène.

3° Protoxyde d'azote. Cyclo-propane. Appareils. Mélanges anesthésiques.

4° Anesthésies par inhalation avec tubage trachéal. Baro-narcoses. Projection de films documentaires sur l'anesthésie. Exposition d'appareils.

5° Anesthésie par voie rectale. Avertine. Rectanol. Anesthésie par voie veineuse. Evipan. Produits similaires. Procédé de Jentzer.

6° Anesthésie locale, régionale, rachidienne. Procédé de Seebrechts. Préparation. Incidents. Anesthésies mixtes.

Des séances opératoires avec démonstration des divers modes d'anesthésie suivront les cours. Les élèves inscrits pourront assister aux séances opératoires du matin et aider les anesthésistes habituels.

Cours d'histoire de la Médecine et de la Chirurgie. — M. le professeur Laignel-Lavastine continuera son cours sur l'histoire de la neuro-psychiatrie, le lundi 6 mars 1939, à 16 heures au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, et les lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Histoire de la neuro-psychiatrie.

Lundi 6 mars 1939 : Psychologie pathologique, médecine légale et assistance jusqu'en 1914.

Lundi 13 mars 1939 : La neurologie pendant et après la guerre.

Lundi 20 mars 1939 : La psychiatrie pendant et après la guerre.

M. le professeur Laignel-Lavastine dirigera des conférences-promenades en avril, mai et juin.

Ces conférences-promenades auront lieu le dimanche, à 10 h. 30.

Programme des conférences-promenades :

Dimanche 30 avril 1939 : Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (rendez-vous dans l'Amphithéâtre de l'École des Infirmières).

Dimanche 7 mai 1939 : Hôpital Saint-Louis, 38, rue Bichat (rendez-vous au Musée).

Dimanche 21 mai 1939 : Hospice de Bicêtre, 78, rue du Kremlin, Kremlin-Bicêtre (rendez-vous dans la cour d'entrée).

Dimanche 4 juin 1939 : Hôpital psychiatrique de Charenton (rendez-vous dans la cour d'honneur de la Maison nationale de Santé, 57, Grande-rue, Saint-Maurice).

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort d'un de nos plus anciens et fidèles collaborateurs, M. François Beaufrère, qui pendant plus de cinquante ans assura à l'imprimerie la mise en pages de la *Gazette*. M. Beaufrère aimait sa profession. Il en avait gardé toutes les grandes traditions. Sa conscience, son intelligence et son savoir étaient hautement appréciés par tous nos rédacteurs, dont il était devenu et resté l'ami.

C'est bien tristement que nous prions sa veuve, Mme Beaufrère, ses cinq enfants et ses petits-enfants de recevoir l'expression du chagrin que tous nous ressentons.

F. L. S.

QUELQUES ASPECTS DE LA THROMBOSE DU VENTRICULE GAUCHE

Par M. ANDRÉ-X. JOUVE
Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Marseille

Il nous a été donné de rapporter ici même (1) un cas exceptionnel de thrombose auriculaire, caractérisé par l'existence d'un véritable tunnel creusé au sein d'un caillot géant, qui occupait entièrement la cavité de l'oreillette gauche. Depuis cette époque, nous avons pu recueillir quelques pièces anatomiques de thrombose ventriculaire gauche, dont nous ne croyons pas inutile de décrire l'aspect parfois singulier.

OBSERVATIONS

OBS. I. Pièces présentées en collaboration avec J. MONGES et Ant. RAYBAUD à la Société de Médecine de Marseille, le 11 décembre 1935).

Endocardite maligne d'évolution subaiguë, greffée sur une insuffisance aortique de type Corrigan. Végétations volumineuses bourgeonnantes, insérées principalement au-dessous de la valve sigmoïde aortique gauche. Septum fibrineux cloisonnant le ventricule gauche, ménageant seulement à sa partie inférieure un orifice de la dimension d'une pièce de un franc.

1° *Résumé de l'observation clinique.* — Malade examiné par nous à plusieurs reprises, de 1932 à 1935, pour insuffisance aortique et troubles d'ordre neurotonique très accusés, faisant suite à une double orchidectomie pour lésions tuberculeuses. En 1935 (le malade est alors âgé de 37 ans), aggravation de la dyspnée, jusque-là manifeste seulement à l'effort, hyperthermie, sueurs profuses, amaigrissement de plusieurs kilos, asthénie profonde. Peu à peu les signes stéthacoustiques se modifient : le souffle diastolique s'estompe, on note l'apparition d'un souffle systolique de siège mal défini, toujours entendu dans la région sus-apexienne, mais dont le maximum d'intensité varie de la pointe à la base du cœur. La mort survient après une évolution de plusieurs mois.

2° *Résumé de l'examen anatomique.* — Les dimensions du cœur sont un peu supérieures à la normale. Lésions diffuses de péricardite fibrineuse. Le ventricule gauche est cloisonné par un septum fibrineux qui s'insère, en avant et en arrière, au niveau des angles de la cavité, s'enchevêtrant à ce niveau avec les muscles papillaires. A son extrémité inférieure existe un orifice de la dimension d'une pièce de un franc correspond à l'apex. L'extrémité supérieure de ce septum s'insère sur une masse de productions ulcéro-végétantes qui naît de l'infundibulum aortique, au-dessus de la grande valve de la mitrale.

Cette masse bourgeonnante infiltre partiellement la valvule sigmoïde postérieure. De très nombreux caillots cruoriques et fibrino-cruoriques occupent le ventricule gauche, sur les deux faces du septum.

3° *Examen histologique.* — *a*) Prélèvement du thrombus septal : la portion centrale est constituée de travées fibrineuses, extrêmement épaisses, en voie d'homogénéisation. A la périphérie, nombreux polynucléaires suivis de cocci. Base d'insertion : infiltrat polymorphe, sans fibroblastes; *b*). Végétation : fibrine peu abondante en certains points, la végétation étant constituée presque uniquement de polynucléaires ; *c*) Myocarde : nombreux infiltrats périvasculaires de cellules polymorphes ; *d*) Péricarde : infiltrats extrêmement nombreux, tantôt insulaires, tantôt diffus, de cellules polymorphes.

OBS. II. — Hypertension artérielle, asystolie irréductible, syndrome de Bernheim. Thrombose lamelleuse du ventricule gauche.

Résumé de l'observation clinique. — Homme de 45 ans; souffre depuis 1935 de dyspnée d'effort et de décubitus et d'algies cardiothoraciques irradiant dans l'épaule gauche. Premier séjour à l'hôpital du 2 avril au 9 décembre 1936. Tachycardie, bruit de galop, T. A. : 17 x 13 au Vaquez-Laubry, épanchements pluraux, hépatomégalie, douloureuse avec reflux hépato-jugulaire, œdèmes blancs des membres inférieurs, azotémie variant de 0 gr. 40 à 0 gr. 95. A plusieurs reprises, saignées, évacuations pleurales, cures toni-cardiaques sont nécessaires. Sort à peine amélioré. Revient le 21 décembre 1936 : dyspnée violente avec cyanose, oligurie, œdèmes généralisés, avec ascite et hydrothorax, gros foie douloureux, bruit de galop. Aucun effet de la cure toni-cardiaque sur la progression de l'asystolie. Décès le 3 février 1937, à la suite d'une broncho-pneumonie.

Résumé de l'examen anatomique. — Cœur agrandi dans tous ses diamètres. Dilatation partiellement marquée du ventricule gauche. Le septum ventriculaire est fortement refoulé vers la droite. Petit caillot fibrineux adhérent à la pointe, dont la paroi est mince et friable. Ce caillot se prolonge sous forme d'une lame de fibrine de 3 à 4 cm. de longueur, 2 à 3 cm. de largeur et 1 millimètre d'épaisseur, flottant par son extrémité supérieure dans la cavité ventriculaire. Légère augmentation de volume de l'oreillette gauche. Elargissement de l'anneau mitral. Réduction importante de la cavité du ventricule droit par la saillie du septum. Congestion viscérale généralisée. Foie augmenté de volume, très congestif. Reins également congestifs. Blocs importants de broncho-pneumonie dans les lobes supérieurs gauche et droit.

Examen histologique. — *Cœur* : *a*) Endocarde : processus d'endocardite valvulaire et pariétale, caractérisé par des végétations volumineuses, parfois pédiculisées, constituées de cellules polymorphes, mais surtout de polynucléaires ; *b*) myocarde : signes de myocardite chronique avec présence de plages diffuses et d'ilots de sclérose et avec une dégénérescence musculaire diffuse (homogénéisante, atrophique, kystique, *c*) Péricarde : le péricarde contient de nombreux îlots inflammatoires d'aspect banal. *Poumons :* Broncho-pneumonie typique avec prédominance de lésions d'alvéolite diapédétique. *Reins :* on relève une vasodilatation diffuse, glomérulaire et interlobulaire. *Foie :* lésions typiques de foie cardiaque.

OBS. III. — (Pièces présentées en collaboration avec D. Olmer et M. Audier, au Comité Médical des Bouches-du-Rhône, le 21 mai 1937.)

Hypertension artérielle, insuffisance ventriculaire gauche. A la suite d'une hystérectomie, involution tensionnelle et asystolie rapidement irréductible. Hypertrophie et dilatation du ventricule gauche. Thrombus volumineux, pluristratifié, occupant une niche formée à la base du septum interventriculaire.

1° *Résumé de l'observation clinique :* Femme de 68 ans examinée pour la première fois le 28 novembre 1936. La T. A. est de 22×14, indice 2 1/2. A l'auscultation, bruit de galop sus-apexien, petit souffle systologique rude et éclat du second bruit au foyer aortique. Le foie est gros,

(1) A.-X. JOUVE. Les thromboses canalisées de l'oreillette gauche. *Gazette des Hôpitaux*, 110e année, n° 50, 23 juin 1937.

douloureux, avec reflux hépato-jugulaire. Les bases pulmonaires sont encombrées de râles congestifs. Légers œdèmes des membres inférieurs, oligurie. Azotémie à 0 gr. 52. Sous l'effet du traitement toni-cardiaque, le galop et la stase veineuse disparaissent. La tension artérielle s'abaisse à 18-6, indice 6. Sort de l'hôpital après un séjour de deux semaines.

Revient le 6 mars 1937. A subi une hystérectomie pour kyste de l'ovaire, à la suite de laquelle les manifestations d'insuffisance cardiaque sont apparues à nouveau. La T. A. est de 13-7. Les bruits du cœur sont assourdis ; il existe à nouveau un bruit de galop. Hépatomégalie qui s'accompagne d'un reflux hépato-jugulaire. Un épanchement plural gauche s'associe à l'encombrement des bases pulmonaires. Malgré le traitement, l'évolution est rapide ; elle est caractérisée par un tableau d'effondrement tensionnel progressif, jalonné de crises paroxystiques (dyspnée, pâleur, pouls imperceptible). Décès le 14 avril 1937.

2° *Examen anatomique :* Congestion viscérale généralisée. Bloc broncho-pneumonique du lobe pulmonaire inférieur droit. Epanchement péricardique de 200 cc. environ. Le *cœur* est fortement augmenté de volume au dépens surtout du ventricule gauche, dont la masse globulaire contraste avec celle des autres cavités. L'oreillette gauche est légèrement dilatée et contient quelques caillots cruoriques. A l'ouverture du ventricule gauche, on constate que la cavité est toute entière encombrée de caillots. La paroi est hypertrophiée. En nettoyant sous un jet d'eau la cavité ventriculaire de ses caillots cruoriques, on découvre d'une part un long caillot gélatineux de la largeur du pouce qui se prolonge en filament rubanné dans l'aorte, et d'autre part un *caillot fibrineux volumineux* réduisant d'un tiers la cavité du ventricule. Ce caillot est moulé dans une niche creusée à la partie inférieure du septum ventriculaire. En bas, il atteint la pointe du ventricule, en haut il se prolonge jusqu'au voisinage de l'orifice aortique. Sa face septale de coloration blanchâtre tapisse sur toute sa hauteur la cloison interventriculaire, elle présente un dessin de haut relief qui figure le moule en creux des colonnes charnues de la paroi, s'insinuant dans leurs interstices. En regard, l'endocarde a un aspect dépoli. La face axiale du caillot constitue la paroi effective de la chambre ventriculaire ; elle ne présente pas de limites aussi précises en raison de nombreux caillots cruoriques déposés à sa surface. A la coupe, le caillot, de consistance élastique, est constitué de strates de fibrine. Au voisinage de la face axiale, ces strates sont pénétrées d'éléments cruoriques qui ménagent la transition avec les caillots cruoriques encombrant la surface du caillot.

L'oreillette droite est encombrée de nombreux caillots cruoriques. Le ventricule droit également riche en formations agoniques offre une cavité considérablement réduite par la voussure du septum interventriculaire faisant saillie dans l'infundibulum pulmonaire jusqu'au voisinage de la paroi interne.

3° *Examen histologique :* Prélèvements effectués *en regard du thrombus :* sur tous les fragments étudiés, l'endocarde et le myocarde sont entièrement normaux. *Reins :* néphrite chronique caractérisée : *a*) par des infiltrats interstitiels lympho-plasmocytaires ; *b*) par de la glomérulite sclérosante allant jusqu'à la formation de pain à cacheter ; *c*) par des cicatrices d'infarctus dans lesquels on note une infiltration cellulaire abondante et des tubes normaux kystiques. *Foie :* on relève : *a*) une vasodilatation intense à prédominance péri-sushépatique ; *b*) une réaction Kuppférienne diffuse avec mobilisation et tuméfaction ; *c*) une dégénérescence graisseuse par îlots.

Obs. IV. — (Pièces présentées en collaborations de MM. D. Olmer et M. Audier au Comité Médical des Bouches-du-Rhône, le 21 mai 1937.)

Broncho-pneumonie ; endo-myocardite aiguë thrombosante ; embolie de l'humérale gauche.

Résumé de l'observation clinique : Femme d'une soixantaine d'années, hospitalisée pour une pneumopathie fébrile durant depuis une dizaine de jours. Température oscillant entre 38° et 39°. Langue rôtie. Gros foyer de la base droite. Bruits du cœur très assourdis. Tension artérielle 9-5 1/2, indice 1. Œdème léger des membres inférieurs. Trois jours plus tard, on constate un syndrome d'oblitération du membre supérieur gauche, caractérisé par refroidissement et cyanose, jusqu'au tiers moyen du bras ; suppression du pouls et des oscillations. Décès le lendemain.

Résumé de l'observation anatomique : Le cœur est de petit volume, les cavités droites de proportions absolument normales contiennent d'assez nombreux caillots fibrineux qui se dissocient sans peine. Au niveau du bord libre de la grande valve de la mitrale, petites végétations verruqueuses. Sclérose légère des valvules sigmoïdes. La cavité du ventricule gauche est entièrement occupée par des caillots fibrino-cruoriques ; ceu-ci enlevés, on découvre au niveau de la pointe du cœur un caillot de la dimension d'une noix faisant corps avec la paroi. Le caillot est formé d'une coque fibreuse et d'une région centrale ayant l'aspect du pus. Par un orifice situé à la partie supérieure de cette formation s'écoulent quelques gouttes de liquide puriforme ; au voisinage de la pointe, consistance molle du myocarde. La dissection des artères du membre supérieur montre une oblitération complète de la radiale et de la cubitale jusqu'au voisinage de la bifurcation humérale.

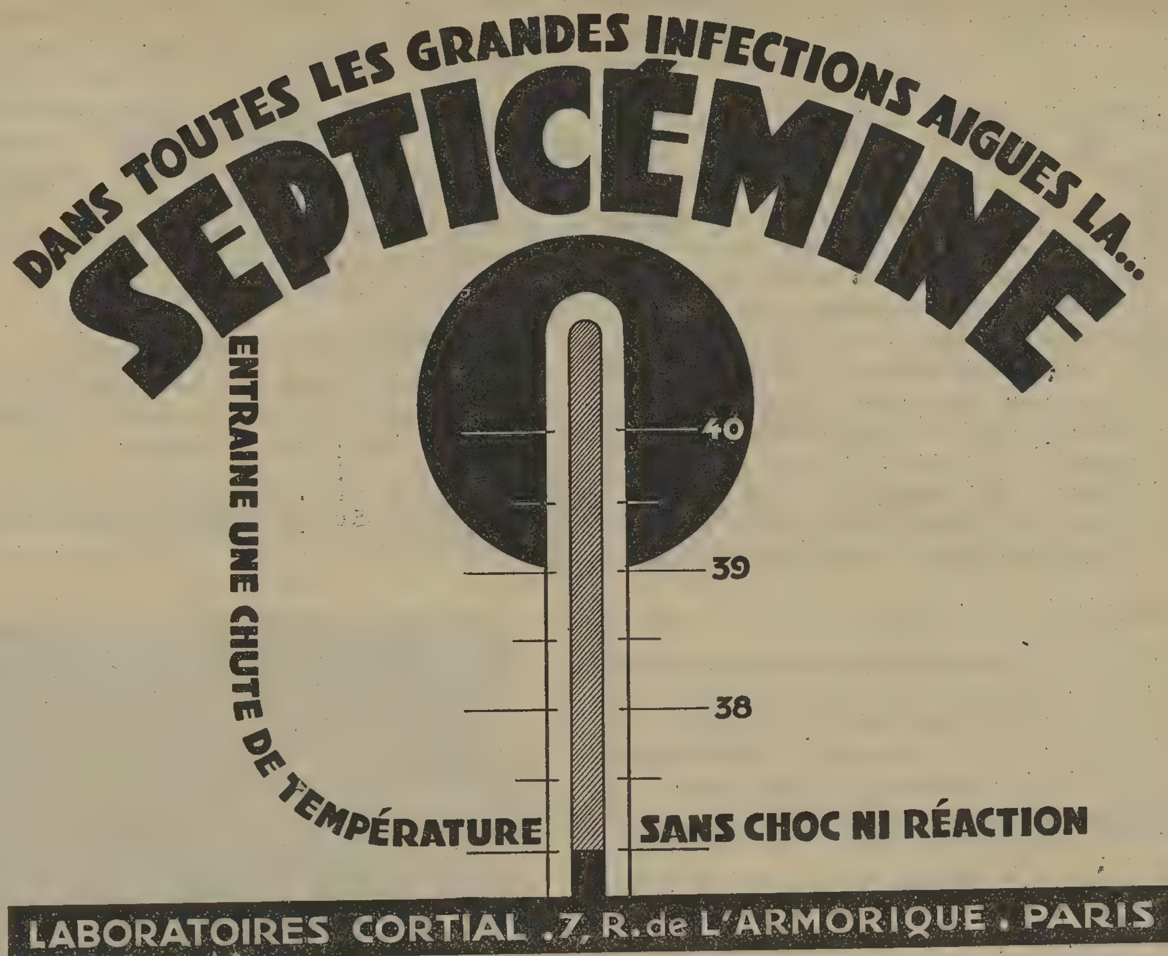
3° *Examen histologique :* *a*) L'endocarde ulcératif est recouvert de végétations polypoïdes constituées de fibrine, dont les mailles enserrent de très nombreux polynucléaires souvent dégénératifs (thrombose à tendance suppurative). Au Gram on trouve de nombreux petits amas de coccis, pas de chaînettes ; *b*) Myocarde : myocardite interstitielle et parenchymateuse avec infiltrats polmorphes et dégénérescence vacuolisante et tuméfiante ; *c*) Péricarde : nombreux amas de cellules polymorphes.

COMMENTAIRES

Les thromboses du ventricule gauche sont considérées comme des formations rares, mais dont les caractères habituels sont bien connus.

Parmi les circonstances étiologiques le plus volontiers incriminées figure au premier rang l'infarctus du myocarde, compliqué ou non d'anévrysme pariétal. Souvent aussi, les thromboses du ventricule gauche se développeraient à la faveur d'altérations valvulaires et, plus particulièrement du rétrécissement aortique. Une cause est devenue également classique à la suite des travaux de Pitres, de Marfan, de Deguy, de Weil : l'endocardite diphtérique. Mais Chalier et Bouysset, Poinso, ont fortement discuté la fréquence des réactions de l'endocarde au cours de la diphtérie; ils rattachent par ailleurs les cas non douteux à des infections secondaires banales. Dans un travail récent, P. Leuti et Mlle S. Wirz groupent 15 cas de septicémie à bacilles diphtériques avec endocardite : dans aucun des protocoles d'autopsie ne figure la thrombose apexienne traditionnelle.

Deux éléments dominent le tableau clinique de la thrombose du ventricule gauche : l'asystolie rapide-


DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...
SEPTICÉMINE
ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE
SANS CHOC NI RÉACTION
40
39
38
LABORATOIRES CORTIAL . 7, R. de L'ARMORIQUE . PARIS

ment irréductible et l'apparition d'embolie. Parfois, faisant suite à l'infarctus du myocarde, la thrombose ventriculaire s'objective par l'apparition brutale d'un gros souffle systolique (Soulié et Gerbeaux). Le diagnostic radiologique pourrait être fait de façon exceptionnelle à la faveur d'un anévrysme pariétal ou de la calcification du thrombus (Besser et Schilling).

Habituellement ces formations siègent en regard de la zone infarcie, ou à la pointe du cœur, ou au voisinage de l'appareil valvulaire lésé. Le plus souvent, le caillot est adhérent, caractère fondamental qui « exprime la relation pathogénique essentielle de la thrombose » (Melnotte). Parfois fibrineux, élastique, « en grelot » il présente en des cas plus rares, deux zones distinctes : une coque périphérique solide et une masse centrale crémeuse comparable à du pus épais (kyste fibrineux à contenu puriforme).

Confrontées avec les données classiques, nos observations permettent les quelques remarques suivantes :

1°. — *Circonstances étiologiques.*

Eu égard au caractère exceptionnel habituellement reconnu à ces faits, il convient tout d'abord de souligner que nos 4 observations ont été recueillies en moins de deux ans. Dans le même délai, nous n'avons vu aucun exemple de thrombose du cœur droit qui passe au contraire pour assez fréquente (thèse Jacquet), et nous n'avons observé que trois cas de thrombose auriculaire. Peut-être la thrombose du ventricule gauche n'est-elle pas, comme on l'admet, la plus rare des thromboses cardiaques.

Dans 3 cas, un processus d'endocardite valvulaire ou pariétale justifie la formation du caillot. Dans l'observation IV il s'agit d'une endo-myocardite aiguë vraisemblablement secondaire à une broncho-pneumonie. L'observation II offre sans doute une exemple d'endocardite infectante secondaire des cardiaques (Lutembacher). Le cloisonnement fibrineux ventriculaire décrit dans l'Obs. I, se rattache à des lésions d'endocardite subaiguë qui paraissent relever du syndrome de Libman-Osler. Ce serait un des très rares exemples, à notre connaissance, de thrombose cardiaque greffée sur une endocardite maligne prolongée (cas antérieurs de Delaye et Groodt de Chalier, Rion et Roget).

L'observation III est remarquable par la formation d'un volumineux caillot ventriculaire en l'absence de toute altération pariétale (infarctus ou endocardite), de toute cardiopathie valvulaire. L'intérêt de cette thrombose « primitive » du ventricule gauche constatée à l'issue d'un tableau clinique d'involution tensionnelle doit être souligné.

Dans tous ces cas, sauf dans l'obs. II, qui est douteuse, l'hypothèse d'un infarctus du myocarde a pu être écartée.

2°. — *Considérations cliniques.*

Le diagnostic clinique n'a été fait que dans un cas (Obs. IV) à la faveur d'une embolie de l'humérale gauche; encore avions-nous pensé à une thrombose auriculaire et non ventriculaire. Aussi bien, dans deux cas (Obs. I et III) le tableau clinique, franchement atypique, ne présentait aucun des éléments traditionnels de la thrombose cardiaque. Le souffle systolique apparu en cours d'évolution dans l'observation I est-il dû à la formation du thrombus ? Il est impossible d'en décider. Au total, la diversité des aspects cliniques, l'absence fréquente des signes révélateurs, expliquent la difficulté particulière du diagnostic des thromboses ventriculaires gauches. En ce sens, la thrombose ventriculaire gauche s'oppose à celle de l'oreillette gauche assez souvent soupçonnée parce que plus nette en général dans ses manifestations et s'écartant assez peu d'un modèle bien défini.

3°. — *Considérations anatomiques.*

La diversité et parfois la singularité d'aspect des thromboses que nous avons recueillies confèrent à ces observations leur élément d'intérêt le moins discutable.

a) Le caractère exceptionnel de la formation décrite dans l'observation 1 mérite d'être souligné (fig. 1).



Forme septale de la thrombose ventriculaire.

Obs. I. — La cavité ventriculaire est largement ouverte par une incision antérieure partie de la pointe du ventricule et s'engageant dans l'aorte, et par une incision postérieure parallèle, menée de la pointe jusqu'au sillon auriculo-ventriculaire. Au cours des manifestations, le septum fibrineux s'est déchiré : les deux flèches indiquent les parties antérieure et postérieure primitivement fusionnées. L'index est engagé successivement dans la chambre de remplissage du ventricule gauche, l'orifice mitral et l'oreillette gauche.

Une lame fibreuse de quelques millimètres d'épaisseur cloisonne la paroi du ventricule gauche. En avant et en arrière, elle s'insère sur toute la hauteur des parois antérieure et postérieure, s'enchevêtrant avec les piliers musculaires. Son extrémité supérieure se perd dans un bouquet de végétations qui occupe le segment interne de l'infundibulum aortique, au-dessus de la grande valve de la mitrale. A son extrémité inférieure se voit un orifice de la dimension d'une pièce de un franc, en regard de la pointe du ventricule. Il s'agit d'une véritable *forme septale de la thrombose du ventricule gauche*. C'est là une curiosité anatomique : nous n'en connaissons pas d'autre exemple. Nous rap-

procherons volontiers de cette formation septale la *disposition velamenteuse* décrite dans l'observation II. Le caillot fixé à la pointe du cœur, se prolonge dans la cavité ventriculaire sous forme d'une lame de fibrine résistante, aplatie transversalement, flottant par son extrémité supérieure dans la cavité ventriculaire.

b) L'observation III, nous permet de suivre les étapes de formation d'un *caillot volumineux, entièrement libre, pluristratifié.* Les couches profondes situées en regard de l'endocarde sont formées d'assises lamellaires de fibrine; la première couche présente sur sa face superficielle, comme un dessin en haut relief, le moule des colonnes charnues de la paroi ventriculaire. Les couches les plus superficielles au contact du sang circulant, sont fibrineuses et hématiques. Elles se continuent ainsi avec les caillots cruoriques, d'origine cadavérique, qui comblent la cavité ventriculaire. Par ailleurs le thrombus est remarquable par son siège, dans une niche formée au dépens du segment inférieur du septum interventriculaire refoulé, et par ses dimensions : il occupe le tiers environ d'une cavité ventriculaire notablement dilatée : sa hauteur est de 9 cm, sa largeur de 4 cm 1/2.

c) L'observation IV enfin, est un bon exemple de « *kyste fibrineux à contenu puriforme* ». Le thrombus, de la dimension d'une noix, est constitué d'une mince lame de fibrine enveloppant un magma fibrino-hématique en dégénérescence puriforme.

4°. — *Considérations pathogéniques.*

Nous ne nous attarderons pas à discuter la genèse, si obscure, des thromboses cardiaques. *Le facteur infectieux* intervient de façon évidente dans 3 de nos observations (obs. I, II et IV). *Le facteur mécanique* est-il en jeu dans l'observation III? — L'involution tensionnelle, la formation du recessus septal doivent-elles être considérées comme la cause ou au contraire comme la conséquence de la thrombose? — En raison du caractère assez récent du caillot fibrineux, nous pensons que la thrombose a fait suite au fléchissement tensionnel : le recessus septal sus-apexion constituait sans doute une zone de ralentissement circulatoire favorable à la « prise initiale du caillot ».

Nous avons recherché dans nos observations les stigmates d'une *dystrophie endothélio-plasmatique* susceptible de favoriser la production de ces thromboses (Laubry et Baillet). Nous avons retrouvé, dans un cas seulement, une coagulation presque immédiate du sang prélevé par ponction veineuse.

5°. — *Considérations thérapeutiques.*

Le chapitre du traitement est ici particulièrement limité, puisque à notre impuissance curative habituelle vis-à-vis de la thrombose cardiaque, s'ajoute la difficulté très grande du diagnostic clinique. Ainsi, même les précautions classiques qui ont pour objet la prévention des accidents, ont peu de chance d'être appliquées à temps. Retenons simplement que dans nos observations, en dépit de notre méconnaissance du processus thrombosant, figure un seul exemple d'embolie. Dans les autres cas, plusieurs cures toni-cardiaques énergiques ont été poursuivies (notamment des séries d'ouabaïne en injections intra-veineuses) sans amélioration notable mais aussi sans incident.

Notons également que la thrombose ventriculaire peut prendre place parmi les accidents de l'involution tensionnelle (observation III). Il conviendra d'y songer, pour éviter les complications, malgré tout possibles, d'une thérapeutique tonicardiaque trop énergique.

Conclusions

Les 4 observations rapportées ont trait à des aspects peu communs de thrombose ventriculaire : thrombose septale ou velamenteuse, thrombose primitive ou pluri-stratifiée, kyste fibrineux à contenu puriforme (cette forme étant moins exceptionnelle). La genèse infectieuse est vraisemblable dans 3 cas ; la 4° observation pose un problème pathogénique nouveau : celui de la thrombose cardiaque au cours de l'involution tensionnelle des grands hypertendus. En aucun cas l'éventualité si classique d'un infarctus du myocarde n'a pu être retenue à l'origine de la thrombose. L'histoire clinique, protéiforme plus qu'en tout autre thrombose cardiaque, n'a permis le diagnostic clinique qu'une fois, à l'occasion d'une embolie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 27 février 1939.

Psittacose pulmonaire expérimentale de la souris blanche. — M. Georges Hornus.

Sur une modalité particulière des phénomènes de choc. — M. Kopaczewski.

Essai de bactériothérapie cutanée locale dans l'épithélioma du lapin (Brown-Pearce). — M. A. Besredka.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 7 mars 1939.

Dix mois de mission sanitaire en Chine. — M. le Médecin Inspecteur Général Lasnet a exposé les résultats obtenus dans le cours de la mission sanitaire de dix mois qu'il vient de diriger dans les provinces du sud de la Chine.

Cette mission, organisée par la S.D.N., a eu pour objet d'assurer la protection sanitaire de la population civile vis-à-vis des épidémies qui dévastent périodiquement la Chine et dont l'état de guerre actuel favorise encore la propagation.

C'est surtout contre la variole pendant l'hiver et contre le choléra pendant l'été que la mission a dû porter son effort ; dans le Nord-Est du Kwantung, 28.000 cas de choléra ont été enregistrés avec 9.000 décès ; l'épidémie était à son déclin au moment où les troupes japonaises ont débarqué à Bias-bay et elles n'ont pas eu à en souffrir.

En raison des résultats obtenus, la S.D.N. a décidé de continuer son aide à la Chine pendant une nouvelle année.

Les problèmes sanitaires posés par l'exode en France des réfugiés espagnols. — MM. Cavaillon et Leclainche, Inspecteurs Généraux Techniques du Ministère de la Santé Publique, exposent comment furent résolus les problèmes sanitaires posés par l'exode en France de 160.000 réfugiés civils et de 200.000 miliciens espagnols, parmi lesquels 12.000 blessés.

Ils expliquent tout d'abord pourquoi il a été nécessaire de disperser un peu partout, en France, les réfugiés civils car, en effet, garder des femmes et surtout des enfants dans une zone trop étroite, dans une promiscuité totale, sans abri suffisant, c'était courir le risque de favoriser l'éclosion de redoutables épidémies.

Dès le départ des Pyrénées Orientales, il a été procédé à un rapide triage avec hospitalisation sur place des contagieux avérés, puis à l'arrivée (par petits groupes) des réfugiés, les services départementaux d'hygiène ont pu partout faire un triage minutieux : épouiller, vacciner, disperser et mettre en quarantaine.

Finalement, sur les 160.000 réfugiés civils, s'il fut nécessaire de procéder à environ 3.000 hospitalisations, il n'y eut que peu de grippes, peu de rougeoles, peu de diphtéries. Quant à la mortalité, elle fut insignifiante.

Pour soigner les 12.000 blessés qui passèrent la frontière, M. Marc Rucart, Ministre de la Santé Publique, procéda à l'organisation de toutes pièces d'un véritable service de Santé civil qui, d'une part, apporta, des secours dans les postes d'accueil et sur les routes, et, d'autre part, organisa, à Perpignan même, des hôpitaux d'évacuation ; enfin, assura les évacuations vers l'intérieur.

Le service disposa de moyens d'action exceptionnels ; au point de vue matériel et locaux, il eut recours au droit de réquisition. Au point de vue du personnel, il eut à sa disposition, en dehors de l'inspection générale technique du Ministère, 10 médecins inspecteurs d'hygiène, 18 médecins inspecteurs adjoints en instance de nomination, 19 médecin civils volontaires ayant répondu à l'appel de la Confédération des Syndicats médicaux, 57 médecins du Service de Santé de l'armée, 2 médecins du Service de Santé de la Marine.

Les infirmières furent fournies par les services des Croix-Rouges françaises et de la Section française de la Centrale sanitaire internationale.

Finalement, il fut créé, à Perpignan même, plus de 1.100 lits, auxquels s'ajoutèrent plus de 5.000 lits sur des navires transformés en navires hôpitaux dans les ports de Port-Vendres et de Marseille.

Au total, il y eut 300 morts sur 12.000 blessés.

Les auteurs, en terminant, rendent un juste hommage aux médecins, aux inspecteurs d'hygiène, aux fonctionnaires et à tous les collaborateurs qui ont permis, grâce à leur dévouement, de faire face à une situation parfois critique et qui aurait pu être dangereuse.

Un cas d'Endothéliome pleural. — M. Courcoux relate une observation de cancer pleural primitif, dont il a pu faire le diagnostic clinique, suivre les aspects radiologiques assez peu connus jusqu'ici et étudier la structure histologique qui s'est révélée être celle d'un endothéliome pur.

Traitement du trachome. — MM. Etienne Burnet, E. Cuénot et R. Nataf (de Tunisie), apportent le résultat de leurs essais de chimiothérapie du trachome par un dérivé glucosé du « 4 : 4'-Diaminodiphénylsulfone ». Ce dérivé « peu actif sur le trachome de la conjonctive améliore d'une façon remarquable et certainement très bienfaisante le trachome de la cornée ; d'après nos observations, ajoutent les auteurs, il est très supérieur aux anciens remèdes chimiques : sulfate de cuivre, oxycyanure de mercure, acide phénique, etc... C'est le premier exemple d'une action curative exercée sur le trachome par un composé sulfoné sur un virus ». En définitive, les auteurs pensent que c'est un progrès dans le traitement du trachome.

Pancréatite aiguë hémorragique et ascaride. — M. Lecercle (de Damas).

Une enquête médico-sociale sur les jeunes chômeurs à Paris. — MM. Serin et Targowla.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TROIS ORDRES DU JOUR

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine a voté trois ordres du jour qui se rapportent aux question d'Assurances sociales que nous avons évoquées ces temps derniers.

Le premier envisage le tarif limitatif et tend à mettre en garde contre une confusion qui pourrait s'établir à son sujet et aboutirait à en voiler les conséquences véritables :

Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine ne peut admettre la distinction entre le tarif limitatif imposé et le tarif limitatif concédé, l'un et l'autre aboutissant au même résultat qui est de donner aux ayants-droit, en fait, un droit de regard sur l'établissement et les modifications du tarif syndical minimum.

Le second se rapporte à la prise de contact au sujet du projet de convention, au cours de laquelle il semble bien que la conférence de Bruxelles, qui avait provoqué une protestation de nos confrères belges, ait été largement reproduite et paraphrasée :

« Le Syndicat des médecins de la Seine, mis au courant des incidents regrettables qui se sont produits à la première réunion des délégués de la Seine,

« Décide que le corps médical dont l'honorabilité ne saurait être mise en doute ne peut reprendre les pourparlers qu'à la condition expresse et avec l'assurance que ces pourparlers seront poursuivis avec la plus complète correction. »

Un autre discours, qui ne fut malheureusement pas prononcé par un dirigeant des Caisses, est à l'origine du troisième ordre du jour :

« Le Syndicat des médecins de la Seine, avant de reprendre les pourparlers avec les Caisses,

« Demande que les 600 dossiers allégués contre les médecins soient communiqués au contrôle technique de la Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. »

Depuis des mois nous réclamons la communication de ces dossiers; depuis des mois, notre réclamation est demeurée sans réponse. Aux dernières nouvelles, on ne les retrouve plus !

Mais de quelle légèreté ont fait preuve ceux qui ont fait allusion à des documents aussi fugitifs !

A. HERPIN.

PRATIQUE MÉDICALE

DE LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL

par le docteur G. Mandillon (1)

L'auteur faisant une revue générale très complète de la question, insiste surtout sur l'action calmante obtenue par l'emploi de la laristine dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux, et il cite notamment, à l'appui de cette thèse, les récentes mises au point de Comisioner, Kuntzmann, Calihmann, Hannedouche, Chaumerliac, Aron, Stolz, Weiss, etc.

La technique qu'il emploie, après Aron et Weiss, est la suivante : traitement d'attaque, une série de 20 injections sous-cutanées de 5 cc. tous les deux jours ou, même mieux, tous les jours; traitement de consolidation consistant en 2 ou 3 séries de 12 à 15 injections distantes entre elles de 15 jours à 1 mois de repos. Traitement de sécurité : consiste pendant l'année qui suit à faire une série de 10 injections tous les trois mois. Ainsi conduit, ce traitement a donné de très bons résultats.

(1) *Courrier Médical*, Paris, n° 20, 15 mai 1938.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX [1]

DIAGNOSTIC

Ne prête guère à confusion et il est en général aisé d'éliminer :

L'érythème polymorphe, fait d'éléments différents sans saillie sur les plans cutanés ;

L'érythème induré de Bazin, qui a bien la même topographie, mais qui est fait de *placards* plus larges et non saillants ayant généralement une évolution chronique.

Et plus aisé, encore :

— Les nodosités rhumatismales de Meynet, plus profondes, nettement sous-cutanées ;

— Les syphilides nodulaires ,

— Ou certaines éruptions médicamenteuses (bromures-iode).

En fait, tout le problème est centré sur le *diagnostic étiologique :*

I. Le temps essentiel de la discussion étiologique sera de rechercher — étant donné l'importance pronostique — l'origine *tuberculeuse* possible.

a) Il est exceptionnel de voir survenir l'E. N. chez les tuberculeux avérés — comme il est rare de trouver chez les malades des antécédents du type pleurésie ou tuberculose osseuse — et l'E. N. apparaît dans la règle comme une manifestation de *primo-infection*; c'est dire l'importance que l'on doit attribuer à l'*interrogatoire*, cherchant à préciser les causes possibles de contamination ou d'infection (milieu social...).

b) L'examen clinique du sujet sera un temps capital: si, habituellement, l'examen pleuro-pulmonaire en particulier ne décèle pas de lésions en évolution au cours de l'E. N., il est assez courant de noter les signes classiques dits *d'imprégnation tuberculeuse* et, objectivement, une atteinte polyganglionnaire, voire même une *typho-bacillose* dont l'évolution se montre d'ailleurs habituellement bénigne.

Soulignons l'importance d'*examens radiographiques fréquemment renouvelés* pendant l'évolution de l'éruption. Parfois ne décéleront-ils que l'image d'une banale adénopathie trachéo-bronchique ; parfois, par contre, ils permettront d'assister à l'éclosion et de suivre l'évolution d'un « foyer épi-tuberculeux » (Debré), ombre peu opaque et homogène, para-hilaire ou franchement lobaire dont la régression se fait lentement et qui subsiste très longtemps après la disparition des éléments noueux.

Une cuti-réaction sera faite systématiquement : dans la règle, chez ces malades, la réaction tuberculinique prend un caractère *hyperergique*, et la cuti est presque toujours intense, parfois phlycténulaire ou nécrotique.

L'intra-dermo-réaction est aussi dans la majorité des cas positive, reproduisant à peu près la nouure de l'E. N. Cependant, on la réservera aux cas où la cuti est négative au début (danger d'ulcération).

— Ce sont les seuls éléments nets que l'on puisse tirer de l'examen clinique.

Prêtent en effet à discussion :

1° Les *examens bactériologiques :* La recherche du BK est habituellement négative dans les nouures et l'expectoration. Dans le sang, on sait les réserves que cette recherche et ses résultats soulèvent ;

2° Les *examens anatomo-pathologiques* des éléments noueux : la constatation de follicules tuberculeux est une rareté. On observe en général des lésions inflammatoires banales.

Cependant :

— du fait de la positivité fréquente de l'inoculation des nouures au cobaye (positivité d'ailleurs relative, car uniquement dans le cadre des *formes atypiques* de la φ expérimentale du cobaye) ;

— du fait surtout de la *fréquence relativement grande des accidents tuberculeux évolutifs ultérieurs* (pleurésie-φ osseuse, plus rarement méningite),

on ne saurait être trop réservé sur le pronostic d'avenir de l'E. N. : c'est assez souligner la nécessité d'une *surveillance prolongée des malades*, surveillance à la fois clinique, bactériologique et radiologique, à échéances rapprochées, et pendant plusieurs mois.

II. Cependant, la tuberculose ne résume pas l'étiologie de tous les érythèmes noueux.

En effet : une telle éruption peut apparaître :

1° Au cours ou au décours de différentes maladies infectieuses, surtout des *septicémies* (méningococcémies, en particulier) ;

2° Au cours de certains traitements (iode, malade sérique) ;

3° Au cours de syphilis secondaires graves ;

4° Au cours de l'évolution d'une maladie de Bouillaud.

On attribue facilement à la maladie primitive l'érythème noueux qui survient pendant son évolution : mais on doit formuler des réserves :

— D'une part, parce que la coïncidence fréquente dans ces cas d'éruptions d'un autre ordre fait discuter le cadre nosologique de ces E. N. secondaires ;

— D'autre part, parce qu'il peut être de nature différente chimiothérapique, ou *biotropique* par exemple.

Compte tenu de toutes ces réserves, il est cependant indiscutable qu'un certain nombre de cas d'E. N. ne relèvent d'aucune étiologie précise : c'est devant la fréquence de ces cas apparemment *primitifs* que s'est édifiée la conception de : l'*E. N., maladie autonome* (Trousseau), évoluant en un cycle constant de quatre phases, conférant l'immunité, et à germe encore inconnu.

— Il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle, la majorité des auteurs exige une *grande prudence* dans l'affirmation de ce caractère autonome de l'E. N., qui ne saurait être émis sans la certitude d'une guérison clinique absolue et *durable*, tant sont fréquents, à date variable il est vrai, les accidents tuberculeux qui grèvent l'avenir des sujets ayant présenté un érythème noueux.

GUY LE SUEUR.

[1] Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1939, n° 19.

LIVRES NOUVEAUX

Les acides aminés en phtisiothérapie, par Dani HERVOUET. Volume de 140 pages, prix 15 fr. Edition Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Cet ouvrage contient la plupart des communications faites depuis 15 ans par le Docteur D. Hervouet, créateur de l'Oxyaminothérapie. En plus des travaux qui ont abouti par étapes à la réalisation de cette thérapeutique physiologique originale, on lira avec intérêt plusieurs monographies, entre autres *L'Allergie devant la statistique*, critique rigoureuse des doctrines orthodoxes, dont certains travaux récents de spécialistes ont prouvé la justesse et la profondeur, et *Sensibilisation, paradoxe de l'immunité*, explication biologique aussi rationnelle que lumineuse des raisons de l'évolution des maladies.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.

N° 22. — SAMEDI 18 MARS 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**

Etudiants : **30** francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.

Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Abcès du poumon, par MM. J. PITON et G. LE SUEUR (fin).

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie de médecine.

CHRONIQUE.
Le cinquantenaire de l'Institut Pasteur, par F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
Mobilisation civile, par M. A. HERPIN.

CORRESPONDANCE.
A propos de la vitamine A, par M. L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

LIVRES NOUVEAUX.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat (oral).*

Séance du 13 mars 1939 : MM. Hadengue, 19 ; Piard, 23 ; Henrot, 20 ; Kartun, 21 ; Jardel, 22 ; Tricot, 25 ; Royer, 16,5 ; Berthon, 21,5 ; Mlle Rosenthal, 22 ; M. Courchet, 17,5.

Questions : Pancréatite aiguë hémorragique. — Signes, diagnostic du pneumothorax total spontané.

Séance du 14 mars 1939 : Mme Cachin, 10 ; MM. Moch, 21 ; Blondé, 17 ; Hermann, 18 ; Lang, 26 ; Joinville, 26 ; Krotss, 21 ; Schneider (Maurice), 16 ; Blancard, 18 ; Medvedeff, 10 ; Pierry, 12.

Questions : Formes cliniques et diagnostic des gangrènes diabétiques des membres inférieurs. — Complications des fibromes utérins.

Séance du 15 mars 1939 : MM. Devieux, 15 ; Mlle Antoine, 23 ; MM. Sriber, 18 ; Grel, 17 ; Lelièvre, 16 ; Tostivint (René), 21 1/2 ; Mlles Hahn, et Garnier (Marie), 21 ; MM. Bertier (Jacques), 14 ; Richet, 25 ; Ancelin, 19.

Questions : Formes cliniques du cancer du sein. — Discussion du diagnostic d'une sténose pylorique chez l'adulte.

Assistance publique. — M. Paul Miret, inspecteur général, est nommé secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique à Paris, en remplacement de M. Albert Chénevier, décédé.

Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild. — Le concours pour six places d'internes s'est terminé par le classement suivant :

Internes : MM. Viellard, Hoang-Huan-Man, Nguyen-Khac-Tan, Nénault, James, Maurice Perrin.

Internes provisoires : MM. Kola, Cleper Itzi.

Faculté de Médecine de Paris. — *Vacances de Pâques 1939*, du dimanche 2 avril au dimanche 16 avril inclus.

Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 17 avril au matin.

Secrétariat. — Le Secrétariat sera fermé du vendredi 7 avril inclus au mardi 11 avril inclus.

En dehors de ces dates, il sera ouvert tous les jours, mais seulement de midi à 15 heures.

Bibliothèque. — La Bibliothèque sera ouverte seulement les lundi 3, mardi 4, mercredi 5 avril 1939, de 13 h. 30 à 17 heures.

Elle sera fermée du jeudi 6 au dimanche 16 avril inclus. Réouverture le 17 avril à 13 h. 30.

— M. le professeur Celestino Da Costa, directeur de l'Institut d'histologie et d'embryologie de Lisbonne et secrétaire général de la Faculté de Médecine, fera le lundi 20 mars, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, une conférence sur *le système paraganglionnaire et les problèmes soulevés par cette notion.*

L'Assemblée générale annuelle de l'Association confraternelle des Médecins français a eu lieu le lundi 27 février 1939, à 21 heures, à l'hôtel de la Confédération des Syndicats médicaux français, sous la présidence de M. le professeur Vanverts, de la Faculté de Médecine de Lille, président de l'Association. 600 sociétaires environ étaient présents ou représentés. Le docteur Barlerin, trésorier, présente le compte rendu moral et financier de l'année 1938, signalant 102 adhé-

sions reçues, ce qui porte à 1.960 le nombre total des cotisants, 320.000 francs de secours distribués, 650.000 francs au fonds de réserve, garantissant le versement toujours immédiat du secours de 10.000 francs au décès. L'Association, fondée en 1908, a maintenant trente ans de bon fonctionnement à son actif. Après approbation des comptes, l'Association renouvelle son bureau pour 1939. Le docteur Signoret remplace comme secrétaire général le docteur Grahaud, qui va prochainement quitter Paris et qui est nommé secrétaire général honoraire ; le docteur Bonnes devient secrétaire adjoint, le docteur Serre entre au Conseil de Surveillance. Les autres membres du Bureau sont maintenus dans leurs fonctions : MM. Vanverts, président ; Le Filliatre et O'Followell, vice-présidents ; Barlerin, trésorier, et Agasse Lafont, trésorier adjoint.

IIe Congrès de l'Association internationale de Cosmobiologie. — Ce Congrès doit avoir lieu à Rouen en 1940. Une assemblée préparatoire aura lieu du 9 au 12 avril à Menton et San-Remo. Renseignements : Dr Maurice Faure, 24, rue Verdi, à Nice.

Cours de vacance de Pâques 1939 (Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — Le cours aura lieu du lundi 27 mars jusqu'au mercredi 5 avril, sous la direction de M. le professeur LEREBOULLET. Se faire inscrire auprès de M. le Chef de Laboratoire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.

CHRONIQUE

LE CINQUANTENAIRE DE L'INSTITUT PASTEUR

Cette commémoration aurait dû avoir lieu en octobre 1938. Les événements en ont décidé autrement. Bien que les nuages amoncelés sur l'Europe ne soient pas dissipés, la cérémonie prévue a eu lieu mercredi. Elle fut solennelle mais simple et recueillie, comme il convient dans cette maison du travail qui est aussi celle de la sérénité.

Le Président Sadi-Carnot avait présidé le Jubilé de Pasteur. Le vingt-cinquième anniversaire de la fondation de l'Institut fut présidé par Raymond Poincaré, qui prononça à cette occasion un de ses plus beaux discours.

Ce sont ces souvenirs qui montèrent d'abord aux lèvres de M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur lorsqu'il salua le Président Albert Lebrun, les ministres de la Santé Publique, de l'Education nationale, de l'Intérieur, des Affaires Etrangères, des Colonies, de l'Agriculture, de la Guerre et de la Marine, les délégués étrangers et la foule innombrable des disciples et des amis de la grande maison.

Nous reviendrons plus longuement sur la cérémonie de mercredi. Rappelons-en brièvement, aujourd'hui, les principaux traits. Ils furent indiqués magistralement par M. Louis Martin qui, dans son discours sur les *méthodes et la technique pastorienne*, exposa tout ce que nous devons à Pasteur, « l'homme qui a tiré de l'inconnu le monde des infiniment petits ».

« Avant Pasteur, beaucoup croyaient encore à la génération spontanée; on ignorait la cause des maladies transmissibles; l'infection puerpérale terrassait les mères; les épizooties décimaient les troupeaux et on ignorait les fermentations.

« Avec Pasteur, tout s'éclaire, une nouvelle science s'ajoute à nos connaissances, elle permet de résoudre des problèmes qui, avant Pasteur, n'étaient même pas envisagés. »

M. Louis Martin rappelle les luttes qu'eut à soutenir Pasteur alors que dans un enchaînement admirable, avec une méthode rigoureuse, il ajoutait les découvertes les unes aux autres.

L'étude des tartrates, des fermentations, la maladie des vers à soie, ses travaux avec Lister, l'étude du charbon, puis la rage, sont des exemples choisis par M. Martin pour montrer le développement de la marche de Pasteur.

L'orateur parle ensuite des pastoriens, de Duclaux, de Roux, qui fait son premier cours il y a 50 ans, le 15 mars 1889... Il parle des travaux de Roux sur la diphtérie, de la fameuse communication au Congrès de Budapest en 1894, à laquelle reste attaché aussi le nom de Louis Martin (cette réflexion est du signataire de ces lignes).

M. Louis Martin montre enfin l'avenir que nous ouvre l'étude des virus, des virus filtrables, des ultra-virus...

« Nous voici donc entraîné en descendant l'échelle des grandeurs, depuis les germes bactériens visibles jusqu'à des agrégats moléculaires de protéines cristallisables, sans pour cela quitter le domaine de la vie : née des conceptions géniales d'un cristallographe, la microbiologie retourne aujourd'hui, par l'effet d'un développement logique et d'une suite continue de travaux, vers son origine physique, évolution que Pasteur ne renierait pas et qu'il avait lui-même entrevue par une sorte de vue prophétique. »

*
* *

Après M. Martin, c'est le défilé des délégués étrangers, le beau discours du professeur Van Longhem (d'Amsterdam), celui de Gaston Ramon sur l'œuvre de Roux en matière de diphtérie, celui de Pasteur-Vallery-Radot sur les filiales de l'Institut Pasteur, enfin celui de M. Marc Rucart, ministre de la Santé Publique au nom du Gouvernement.

F. L. S.

NÉCROLOGIE

— Le professeur Victor Pachon, de Bordeaux, vient de succomber à la suite d'une longue maladie. Il est inutile de rappeler les beaux travaux de physiologie de Pachon. Ceux qu'il a consacrés à l'étude de la pression artérielle, son instrumentation pour la prise de la tension artérielle sont classiques et ont rendu son nom célèbre dans le monde entier. Pachon était associé national de l'Académie de Médecine depuis 1931.

— Le professeur-sénateur Serafino Belfanti, un des plus illustres maîtres de la bactériologie italienne, décédé à l'âge de soixante-dix-huit ans, à Milan.

— A Pavie est décédé, à l'âge de soixante et un ans, le professeur Guido Sala, éminent neurologiste, élève de Golgi. Notre très regretté confrère était un grand érudit et avait organisé le Musée historique de l'Université de Pavie. Il est mort au moment où il allait publier un volume très attendu sur l'œuvre de Scarpa.

— Le docteur Edmond Parmentier, à Roubaix.

REVUE GENERALE

ABCÈS DU POUMON (1)

PAR MM.

J. PITON et G. LE SUEUR

Internes des hôpitaux de Paris

Diagnostic. — Nous serons brefs sur les discussions diagnostiques que soulève l'A. du P. Celles-ci font passer en revue toute la pathologie des suppurations pleuropulmonaires, dont l'ampleur déborde le cadre de cette étude. Au reste, la tendance moderne tend de plus en plus à faire de cette question une discussion *nosologique :* en effet, toutes les observations modernes sont d'accord pour prouver, contrairement à l'opinion classique, la fréquence extrême de l'A. du P. comparée à celle des pleurésies enkystées, et en particulier *interlobaires* dont le caractère tardif de la vomique et l'image radiologique transversale et suspendue étaient les signes pathognomoniques.

— D'autre part, le problème des associations abcès du poumon + dilatation des bronches, ou + cancer, ou + tuberculose, dont nous avons vu les éventualités, déborde le cadre d'une simple discussion diagnostique, puisque fait partie intégrante du *pronostic* même de l'abcès.

— Enfin, il est inutile de revenir sur les discussions non encore closes des limites mêmes de l'A. du P., puisque de multiples associations de germes, des dégâts anatomiques imprévisibles rendent inutiles toutes les barrières artificielles qu'on pourrait établir entre abcès simple, ou fétide, ou putride, ou gangrène subaiguë pour lesquels, en pratique, se discutent souvent, et un même pronostic, et un même traitement.

Traitement. — La multiplicité des types anatomo-cliniques observés explique qu'il ne saurait y avoir dans le traitement des A. du P. une ligne de conduite « standard », mais, au contraire, c'est par des tâtonnements successifs, en étudiant de très près l'allure évolutive de l'abcès en cause qu'on a des chances de parvenir à un résultat. Le nombre et la diversité des traitements proposés est bien la meilleure preuve qu'en cette matière rien n'est encore précis, et tout est laissé à un opportunisme judicieusement raisonné.

Pour la clarté de l'exposé, il nous semble utile d'étudier séparément les *méthodes* proposées — avant d'en discuter les *indications* respectives.

Les méthodes de traitement.

Nous les grouperons sous trois chefs : médical, mécanique, chirurgical.

1. — *Traitement médical.*

Nous n'insisterons pas sur les médications symptomatiques, ayant pour but de soutenir l'état général du malade, de décongestionner le foyer, d'en apaiser la douleur, etc.

Les *médications biologiques*, spécifiques ou soi-disant telles, qu'il s'agisse de vaccinothérapie (auto-vaccin, lysats ou stock-vaccins) — ou de sérothérapie (anti-pneumo ou strepto) ne donnent pas les résultats qu'on pourrait attendre. Une seule exception pour la *sérothérapie antigangréneuse* en cas d'abcès putrides : à condition de s'en tenir à des doses moyennes (50 cm³ pro die par exemple) et de ne pas dépasser huit ou dix jours de traitement. Agit-elle de façon spécifique ? C'est douteux; ou réalise-t-elle seulement un choc salutaire en se comportant comme un mode de protéinothérapie ? C'est plus probable.

La *médication anti-infectieuse* voit son arsenal déjà bien rempli s'accroître encore. Les *balsamiques* (produits eucalyptolés, gaïacolés...) en injections musculaires ou même intra-trachéales, sont connues de longue date. Isolés ou associés à la *teinture d'ail* (40 gouttes par jour) leur effet est indéniable, comme celui de l'*hyposulfite de soude*, contre la fétidité.

Les *Arsenicaux*, trivalents ou pentavalents, par leurs propriétés anti-spirillaires, connaissent toujours une certaine vogue (en Allemagne surtout). On les associe à l'*Emétine* dans le traitement des abcès amibiens où l'effet thérapeutique est tel qu'on le considère comme absolument spécifique. Mais quelques cas (37) ont été publiés d'heureux effets du traitement émétinien sans la certitude absolue de l'origine amibienne de l'abcès : ils autorisent l'essai de ce même traitement là où plusieurs thérapeutiques ont échoué. La dose totale de la série est de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 d'émétine répartie sur six ou huit injections.

Les injections de *métaux colloïdaux ou de corps chimiques colorants* (trypaflavine surtout) sont indiquées à titre d'anti-infectieux généraux. Elles ont pu donner d'heureux résultats lors de rechutes (M. Léon-Kindberg). Mais il semble de plus en plus qu'ils cèdent le pas aux *injections intra-veineuses d'alcool* (38) dont l'action paraît être à la fois *générale* (facilité des oxydations, action tonique sur le cœur) et *locale* (action antiseptique indirecte par absorption plus grande d'oxygène). Il paraît préférable d'employer des dilutions extemporanées dans du sérum isotonique chloruré ou glucosé. Le total d'une série ne dépassera pas 35 à 40 cc d'alcool.

Le traitement par les *injections intra-veineuses de benzoate de soude* (39) est plus récent (1932). Mais les heureux effets font qu'il se répand rapidement. La dose moyenne injectable par jour est de 1 gr. 50 à 2 gr. de benzoate, mais, sous couvert d'une certaine prudence, on peut injecter des doses plus considérables. La benzothérapie semble être active par son double caractère de médication anti-expectorante, asséchante — et antiputride.

Ce sont là actuellement les deux méthodes médicales qui semblent recueillir la majorité des suffrages.

On ne peut encore se faire une opinion sur les résultats de la médication *sulfamidée* actuellement en cours d'essai (40).

Dans le cadre du traitement médical entre, à titre de complément, le *traitement physiothérapique :* un certain nombre d'auteurs ont utilisé l'action anti-inflammatoire des *ondes courtes* contre les abcès pulmonaires (41). A condition d'utiliser des ondes d'autant plus courtes et de pratiquer des séances d'autant

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.*, n° 20, p. 343.

plus modérées et brèves que le processus est plus aigu, on peut, parfois, obtenir d'heureux résultats.

2. — *Traitement mécanique.* — Il a essentiellement pour but de faciliter le drainage de l'abcès.

Le drainage de posture, imaginé par Garré et Garwin, consiste à mettre le malade dans la position optima qui lui fasse spontanément vider l'abcès. Il se base donc essentiellement sur le siège du foyer. On recommande des séances de 1/2 heure trois ou quatre fois par jour dans la position jugée la meilleure. Les résultats en sont très variables.

Les méthodes bronchoscopiques (42) répandues en Amérique avec les travaux de Chevallier-Jackson ont actuellement en France large droit de cité. Un seul écueil : la nécessité d'opérateurs entraînés et patients pour mener à bien une intervention certes délicate, nécessitant pour sa réussite deux conditions essentielles : la confiance du malade — et une rigoureuse anesthésie préalable. Moyennant quoi la bronchoscopie permet une grande variété d'actes thérapeutiques : ablation d'un corps étranger, aspiration de mucosités et sécrétions purulentes donc désobstruction bronchique — enfin évacuation du pus du foyer qu'il est possible d'irriguer. Ainsi est facilité le retour à la ventilation normale et, partant, s'augmente le pouvoir défensif naturel des voies respiratoires. Secondairement il devient possible, avec le pus retiré directement en plein foyer, de préparer un vaccin qui (théoriquement du moins) doit avoir plus de chances de succès.

3. — *Traitement chirurgical.* — Les méthodes chirurgicales sont de plus en plus orientées dans le sens du drainage direct et de l'exérèse (43).

Les méthodes dites de *compression* sont, en effet, soit complètement abandonnées, soit considérées comme de simples compléments des premières. Nous les passerons d'abord en revue rapidement :

Le *pneumothorax*, de l'avis quasi unanime, est actuellement considéré comme aussi inefficace (adhérences au niveau de la cavité) que dangereux (propagation de l'infection à la cavité pleurale).

La *phrénicectomie* ne saurait être qu'un moyen d'attente pour une cavité suppurante de la base.

La *thoracoplastie* est le plus souvent inutile, elle est même dangereuse en ce sens qu'elle est souvent suivie d'une poussée pneumonique périfocale. Seule une thoracoplastie partielle extra-pleurale pourrait être discutée en cas de caverne du Sommet.

Le décollement extra-pleural, maintenu par une « plombe » paraffinée, selon la technique préconisée par Sauerbruch peut donner de meilleurs résultats (rupture spontanée de l'abcès dans le lit de la plombe, facilement drainable). Au minimum, par la coalescence des feuillets pleuraux qu'elle entraîne, cette méthode peut être considérée comme un bon premier temps d'une intervention plus complète.

Les méthodes d'exérèse que l'on préconise actuellement ont entre elles plusieurs points communs. *Leur gravité* en premier lieu dont le degré varie avec les difficultés d'abord, la profondeur de l'abcès et l'importance des lésions péri-focales, mais dont il faut bien le dire qu'elle en limite encore l'application — ensuite la *nécessité absolue de plusieurs temps*, deux ou trois, parfois plus, éloignés l'un de l'autre de plusieurs jours (dix à douze en moyenne) les premiers étant consacrés à la préparation de la paroi et surtout de la plèvre dont la symphyse doit être rigoureuse dans la zone d'intervention — enfin il importe que l'anesthésie soit parfaite, susceptible d'être la mieux tolérée pendant et après ces interventions sur l'arbre respiratoire.

La *Pneumotomie* suivie de drainage constitue l'intervention la plus simple, la mieux supportée, car la moins choquante. Elle réussit bien lorsque ses indications en sont bien précisées, réserve faite des complications communes à toutes les interventions pulmonaires, dont les risques d'hémorragies graves ne sont pas les moindres.

La *Lobectomie* telle qu'elle a été conçue et réalisée par Lilienthal est séduisante en théorie, puisqu'elle enlève en bloc le foyer suppurant, évitant de telle sorte les récidives in situ toujours à craindre après pneumotomie simple quand le drain est enlevé. Mais sa gravité — même entre les mains des spécialistes — est telle que son emploi s'en trouve très limité : au choc opératoire, aux risques d'hémorragies, s'ajoute la difficulté extrême de fermer une bronche principale (Bettmann).

La méthode de *pneumectomie par cautérisations successives* de Graham est certes moins périlleuse : l'exérèse progressive, en plusieurs temps, « à la demande », des tissus malades au bistouri électrique (R. Monod) qui rend l'hémostase rapide et sûre, apparaît comme une intervention satisfaisante, car elle permet d'aboutir, avec un minimum de choc opératoire, au résultat recherché, l'ablation du tissu malade, sans crainte d'ennui du côté des bronches qui, ouvertes, constituent de bonnes fistules de drainage, sans dilacération d'adhérences, surtout sans mobilisation préalable du poumon, qui sont, ailleurs, les principaux facteurs de gravité. Le reproche a été fait à cette méthode d'être un peu aveugle : Coquelet, en Belgique, tente de l'améliorer par son procédé de *cunéo-pneumectomie* progressive.

Les Indications thérapeutiques. — Telles sont brièvement exposées les méthodes thérapeutiques dont le médecin devra faire le choix à propos de chaque malade. Le problème reste dominé par la guérison d'un certain nombre de ces abcès par le seul traitement médical, évolution — que d'aucuns disent spontanée — qu'il est impossible de prévoir avec certitude.

Aussi, devons-nous sérier les cas suivant l'époque de l'évolution, le facteur *temps* restant ici l'essentiel.

I. — *Au début.* — Le diagnostic est fait chez un malade qui vient d'avoir une vomique. On ne peut encore rien prévoir. C'est une période d'*expectative* qui durera trois à six semaines : en principe il faut s'abstenir de nuire et n'utiliser que les méthodes médicales, le choix des médications que nous avons vues étant une question de tendance ou de cas particuliers.

Le traitement bronchoscopique lui sera vite associé, la tendance actuelle est de commencer tôt le drainage, dès le 10e ou le 12e jour, et on le renouvellera deux fois par semaine. Chevallier-Jackson préconise même

pendant quelques jours deux endoscopies avec aspiration par jour ! Il est incontestable qu'après des séances bien conduites, l'amélioration fonctionnelle est manifeste, le malade « se sent mieux ». La fétidité diminue, la fièvre tombe. On le poursuivra jusqu'à la guérison. Ailleurs il n'amène qu'une sédation, mais le drainage bronchique doit être poursuivi jusqu'à l'intervention chirurgicale, dont il constitue un temps prémonitoire en faisant la toilette des bronches.

Rappelons que c'est aussi à cette période qu'est utilisé le drainage postural, mais c'est un moyen palliatif de moindre valeur.

La guérison s'annonce-t-elle (40 % des cas environ) qu'il ne faut point abandonner le malade, lui conseiller une convalescence suffisamment longue et ultérieurement des cures d'eau sulfureuse. Une rechute s'annonce-t-elle qu'alors paraît indiquée la série de douze ou quinze séances d'*ondes courtes*, dont le rôle sera double : neutralisation microbienne et cicatrisation du foyer. Ce que nous avons dit de la tuberculose ultérieure justifie la prudence dont doivent faire preuve et le médecin, et le malade !

Y a-t-il pendant les deux premières semaines, voire avant la vomique, une indication à intervenir chirurgicalement ? Jusqu'à ces dernières années tous les auteurs avaient répondu par la négative. Cependant, en novembre 1936, M. Bezançon fait remarquer que « l'intervention semble indiquée dans les délais les plus courts » lorsque l'abcès est cortical et assez volumineux. La pneumotomie précoce peut même être faite avant la vomique.

Vers la même époque, Neuhoff (successeur de Lilienthal), se basant sur les conceptions anatomiques dont nous avons parlé, se montre farouche partisan de l'intervention précoce dans les abcès putrides aigus, ce qui est là vraiment un fait nouveau. Et, dit-il, l'intervention doit être d'autant plus précoce que l'allure clinique est plus grave. Les statistiques actuelles semblent bien corroborer sa thèse, mais il s'agit là de notions trop récentes pour nous permettre de conclure.

II. — 2e *période*. — C'est celle qu'ont peut placer de la 6e à la 10e semaine, période de *décision chirurgicale*, quand l'état reste stationnaire, ou s'aggrave. Trois problèmes se posent qui demandent une réponse rapide :

— Faut-il intervenir?
— Quand faut-il le faire?
— Quelle intervention choisir?

A partir de ce moment la collaboration du médecin et du chirurgien est indispensable, car ces trois problèmes doivent être vus et résolus des deux points de vue.

Les indications opératoires essentielles sont les suivants : d'abord l'échec du traitement médical, nous venons de le voir, ensuite la persistance de l'abcès, celle-ci étant jugée essentiellement sur deux signes : l'expectoration et les images radiologiques et non sur les signes subjectifs que l'on sait trompeurs. Enfin une rechute, après guérison apparente et à plus forte raison une aggravation vers le 2e mois, mais à la double condition que les lésions cavitaires restent bien localisées et qu'il n'y ait pas de poussée pneumonique concomittante.

Les contre-indications sont plus strictes. Elles dépendent de l'âge du malade : après 50 ans on n'intervient plus que s'il existe un volumineux abcès superficiel annonçant une intervention facile. Chez l'enfant la guérison spontanée habituelle commande l'abstention. On s'assurera de l'intégrité du cœur et des reins du malade, enfin de l'état local pulmonaire, l'existence d'une pneumopathie péricavitaire, la certitude des lésions associées (tuberculose, cancer, dilatation des bronches généralisées) étant autant de contre-indications formelles. Mais par contre un état général grave, fût-il avec anémie, affaiblissement, amaigrissement, sueurs et forte fièvre, n'est pas une contre-indication absolue. On est souvent amené à opérer « à chaud ».

Le problème du *moment opératoire* se pose pour chaque malade. En principe, la majorité des auteurs sont d'accord avec Sergent, Baumgartner, Kourilsky, en France, et Sauerbruch, en Allemagne, pour intervenir entre la 6e et la 8e semaine. A ce moment la tendance à la guérison spontanée sera facilement reconnue, mais il ne faut pas dépasser ce stade, car la sclérose s'organise vite, les lésions bronchiques se surajoutent, et deux mois plus tard le pronostic est transformé, une simple pneumotomie devient inopérante dans un bloc de pyosclérose.

Mais cette règle de la 6e semaine ne doit pas être trop rigide, car *plus l'abcès est grave, plus il faut se presser*. On rejoint ainsi la tendance de Neuhoff, à intervenir très tôt, qui semble se justifier pour les abcès putrides.

Le choix de l'intervention n'est pas le problème le plus facile à résoudre. Il dépend essentiellement de la variété anatomique, et du siège de la suppuration : l'abcès aigu simple, sous-cortical ou même central, est l'indication majeure de la pneumotomie et du drainage chirurgical prolongé. Les abcès chroniques, à pyogènes ou gangréneux, compliqués de lésions secondaires nécessitent la méthode des pneumectomies par cautérisations, car ici la difficulté consiste moins à guérir l'abcès que les lésions associées auxquelles il forme « antichambre » (Archibald). C'est actuellement par ce procédé qu'on traite, en multipliant autant qu'il est nécessaire les temps opératoires, les lésions limitées à un lobe et nécessitant l'éxérèse. Dans le cas d'abcès multiples (abcès bronchectasiques) mais localisés à un bloc, la lobectomie peut trouver des indications. Mais, de l'avis même des spécialistes, les conditions nécessaires pour effectuer cette grave intervention sont si exigeantes, (adultes jeunes bien résistants...) même en dehors de l'état anatomique, que « sur dix malades, il n'y en a pas plus d'un qui les remplisse » (Robinson). En France, les publications de MM. R. Monod et Demirbeau, de Santy et M. Bérard (44), montrent que nous nous engageons dans la voie où Tudor Edwards et Roberts font figure de précurseurs.

Dans les cas *anciens*, ceux qu'une barrière artificielle maintenant isole du cadre de la gangrène chronique, où la pyosclérose envahit sans cesse, les ressources chirurgicales sont nulles. Les bronchoscopies seules peuvent apporter à ces malheureux un soulagement passager. Les lésions restent au-dessus des exérèses les plus audacieuses.

Entre ces différents types envisagés, s'échelonnent toute une série de formes mixtes, exigeant chacune des interventions combinées : ici le drainage d'une poche principale devra être complété par l'exérèse plus ou moins étendue des lésions avoisinantes. Là, l'affaissement d'une cavité organisée de longue date, bien que drainée et asséchée, ne pourra être obtenu que grâce à une collapsothérapie complémentaire (thoracoplastie ou décollement avec plombe).

Il s'agit là d'une chirurgie assez neuve mais dont les techniques actuelles paraissent cependant suffisantes pour compter de bonnes statistiques, à condition que les indications en soient judicieusement discutées. Avec les perfections certaines de technique, et l'expérience accrue, la collaboration médico-chirurgicale bien comprise est certainement appelée à transformer le pronostic, jusqu'à ces dernières années si redoutable, des abcès pulmonaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. LAENNEC. Traité de l'auscultation médiate. T. Ier, page 404.
2. XVIIIe Congrès Français de médecine. Nancy, juillet 1925.
3. R. KOURILSKY. Les abcès du poumon. (*Thèse*, Paris 1927.)
4. M. L. KINDBERG. Les abcès du poumon, 1928. (Collection *Méd et Chir. Pratiques.*)
   M. L. KINDBERG et Robert MONOD. Les abcès du poumon, 1932. Masson, édit.
5. ALLEN (D. S.). Etiology of abscess of the lung. Experimental and Clinical Studies. *Archives of Surgery*, n° 1, janvier 1928.
6. CHIPMAN (C. N.). Relation of anesthetic to pulmonary abcess following nose and throat surgery. *J.A.M.A.*, Aug. 5, 1922.
7. CUTLER. Abcès post-opératoires du poumon. *Arch. Franco-Belges de Chir.*, janv. 1928.
8. GRISEZ. Abcès du poumon consécutifs à des corps étrangers latents des voies aériennes. (*Soc. Méd., Paris*, 20 fév. 1931.)
9. SERGENT. Abcès bronchiectasiants et bronchiectasies abcédée. (*Rev. Méd. Franc.*, janvier 1930.)
10. S. YANKAUER. Bronchoscopy in desease of the lung. (*Acta otolaryngologica*, 1929, vol. 13, p. 57-64.)
    CATHALA et MAIZOT. Cancer du P. à forme d'abcès. (*S.M.H., Paris*, 8 mai 1931.)
    AMEUILLE, LEMOINE et BELLIN. Cancer bronchique masqué par un abcès du poumon. (*S.M.H.*, 14 octobre 1938.)
11. Raymond LETULLE. Les micro-organismes des abcès du poumon. (*P. Méd.*, 3 déc. 1938.)
12. SAPPINGTON S. W. and FAVORITE G. O. Lung puncture in Lobar pneumonia. (*Am. Journ. Méd. Sc.*, 191, n° 2, p. 225, fév. 1936.)
13. PICARD, VERAN et DELAUNAY. Actinomycose pulmonaire à forme de grand abcès aigu du poumon. Pneumotomie. Guérison. (*Soc. M.H., Paris*, 13 mai 1938.)
14. F. BEZANÇON et ETCHEGOIN. Les spirochètes des voies respiratoires. (*Ac. Méd.*, 18 mai 1926.)
15. RATHERY et WAITZ. Nodules nécrotiques pulmonaires à spirochètes. (*Soc. M. H., Paris*, 27 juin 1930.)
16. VINZENT et SEGUIN. Identité des spirochètes des suppurations fétides broncho-pulmonaires et des spirochètes buccaux. (*Soc. Biol.*, 1936, p. 488, n° 6.)
17. Mme DUBOIS VERLIERE et HERCELLES. Inoculation au cobaye de crachats provenant de malades atteints d'abcès du poumon. (*Rev. Tuberc.*, oct. 1936, n° 8.)
    AMEUILLE, DUBOIS VERLIERE et HERCELLES. Episodes d'expectoration bacillifères dans les abcès du poumon. (*Bull. S.M.H., Paris*, 30 nov. 1936, n° 32.)
18. CROWE and SCARFF. Experimental abscess of the lung in the dog. (*Arch. of Surg.*, janvier 1928.)
19. F. BEZANÇON et JACQUELIN. Les grands abcès du poumon à pyogènes. Formes anatomo-cliniques. Pronostic. Traitement. (*Paris Méd.*, 16 fév. 1929.)
    Henri DURAND. Les abcès du poumon. Etude anatomopathologique. (*Arch. Méd. Chirurg. App. Resp.*, Tome XI, n° 6, 1936.)
    CORDIER V., CROIZAT P. et GONNET J. Les classifications anatomiques des abcès du poumon. Etude critique. (*Journ. Méd., Lyon*, 20 déc. 1936.)
    MERCIER. Etude anatomique des A. du P. *Thèse*, Lyon 1937.
20. Léon KINDBERG, DELBREIL et LAFITTE. L'abcès bronchectasique. (*Arch. Méd. Chir. App. Resp., T. III*, n° 4, 1928.)
21. RIST, AMEUILLE, Mlle DE PFEIFFEL. *S.M.H. Paris*, 12 juin 1914.
    LAUTMANN. Abcès primitif amibiens du poumon. *Thèse*, Paris, 1923.
22. F. BEZANÇON. Les éléments de diagnostic dans les suppurations broncho-pulmonaires. (*La Méd.*, Mai 1929, n° 7.)
    P. AMEUILLE. Diagnostic des suppurations pulmonaires. (*Rev. crit. path. et ther.*, nov. 1930.)
    KOURILSKY. in Traité de Patho. méd. et thérap. appliquée. Appareil respiratoire. T. I, p. 428.(Maloine, édit. 1936.)
    MARCHAL. in Nouveau Traité de Patho. interne. T. III, 3e fasc. (Baillère, édit. 1938.)
23. JACQUELIN et BAUDOIN. Les formes pseudo-tuberculeuses des abcès du poumon. (*Bull. Méd.*, 28 déc. 1935.)
24. Le diagnostic de localisation des abcès du poumon. Max FOURESTIER. (*Revue Médicale Française*, avril 1938).
25. F. BEZANÇON et AZOULAY. Les aspects radiologiques des suppurations pulmonaires. Le lipiodo-diagnostic. (*La Médecine*, juin 1929, n° 10).
26. CORDIER et MOUNIER KUHN. (*S.M.H., Lyon*, 12 novembre 1929).
27. LŒPER, LEMAIRE et SOULIÉ. (*S.M.H., Paris*, 4 mars 1932).
    Pierre PRUVOST et Jean QUÉNU. Exploration des grands abcès pulmonaires par injection transpariétale de Lipiodol. (*Presse Méd.*, 2 octobre 1937).
28. MAINGOT et Etienne BERNARD. La tomographie dans les hémithorax sombres. Congrès Intern. Radiol. Chicago, septembre 1937. (*Bull. Soc. Rad. Fr.*, août 1937).
29. RONNEAUX et LEMOINE J. M. Quelques essais de stratigraphie par la méthode Vallebona. (*Soc. de Rad. Med. de Fr.*, octobre 1937).
    Archives Med. Chir. App. Resp. Numéro consacré à la tomographie. T. XII, n° 6, 1937.
30. COTTENOT (*Soc. de la Tuberculose*, 12 décembre 1936, et *Congrès de Radiol. Chicago*).
31. J. M. LEMOINE. Réflexions sur les explorations bronchiques. (*Rev. Méd.*, mars 1938).
32. F. BEZANÇON, R. AZOULAY, P. BERNAL. Les abcès du poumon médicalement curables. (*Bull. Acad. Méd.*, n° 34, 10 nov. 1936).

33. LESNÉ et LAUNAY. Les abcès du poumon chez l'enfant. (*Sem. Hôp. Paris*, 15 janv. 1936).
Jean HUTINEL, KOURILSKY et NICOLAS. (*Arc. de Méd. des enfants*, déc. 1932).
34. DEBRÉ, MARIE, LAMY, MIGNON, BERNARD et BIDOU. Notes cliniques et radiologiques sur l'abcès du poumon chez l'enfant et le nourrisson. (*Annales Méd.*, déc. 1937).
35. ISELIN. Les abcès du poumon dissimulés sous un épanchement pleural. (*Encycl. Méd. Chir.* — Poumon. — Nos 6055-6056).
36. F. BORDET. Le traitement des A. du P. (*Journal méd. et chir. pratique*, avril 1933.)
SERGENT, BAUMGARTNER et KOURILSKY. Les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires. (*Acad. Méd.*, février 1929.).
MOULINIER. Etat actuel du traitement des suppurations pulmonaires. (*Thèse*, Lyon 1931.)
37. BRULÉ, LAPORTE et RAGU. (*S. M. H.*, 31 mars 1929.)
38. LANDAU, FEJGIN et J. BAUER. Traitement des affections pulmonaires suppuratives par les injections d'alcool à 33 %. (*Polska Gazeta*, mars 1931.)
LANDAU et KARNINER. (*Presse Méd.*, août 1932.)
39. GOLDKORM. Le traitement des abcès du P. par les injections de benzoate de soude. (*Presse Méd.*, 21 déc. 1935.)
RICHET et GRAS. (*Le Phare Médical*, juillet 1937.)
40. CAIN, CATTAN et SIKORAW (*S. M. H.*, 8 avril 1938.)
41. SCHLIEPHAKE. Traitement des A. du P. par les ondes courtes. (*Med. Klin.*, mars 1936.)
DICKER. Congrès International des O. C., Vienne 1937.
PORTET et BOUDAGHIAN. (*La Médecine*, juin 1937.)
42. CHEVALLIER-JACKSON. Bronchoscopie et œsophagoscopie. (Paris 1933.)
BLOCH et SOULAS. La Bronchoscopie. (*Congrès Fr. O. R. L.*, 1931.)
LEMIERRE, KINDBERG et SOULAS. Traitement des A. du P. par Bronch. (*S. M. H.*, juin 1930.)
SOULAS. (*Soc. Méd. de Paris*, janvier 1935.)
43. COQUELET. Suppurations broncho-pulmonaire et leur traitement. (Bruxelles, 1929.)
A. MAURER et J. ROLLAND. Quelques réflexions sur les divers traitements chirurgicaux des abcès du poumon. (*Paris Médical*, 16 fév. 1935.)
R. MONOD. Méthodes directes du traitement chirurgical des abcès du P. (*Livre Jubilaire du Pr Hartmann*, 1934.)
PICOT. Le traitement chirurgical des gangrènes pulm. aiguës. (*Th.*, Paris 1910.)
GRAHAM. Traitement des suppurations pulmonaires. (*Annales of Surg.*, 1927, p. 174-181.)
Congrès de la Soc. Intern. Chirurgie. (Madrid, mars 1932.) Traitement des suppurations pulm. non tuberculeuses.
Rapports de BAUMGARTNER, SAUERBRUCH, HOWARD LILIENTHAL, MARTIN LAGOS, ASCOLI et COQUELET.
BAUMGARTNER. Sur la pneumonie dans les abcès du poumon. (*Acad. Méd.*, 17 déc. 1929.)
— L'indication opératoire dans les suppurations pulmonaires. (*Bull. Méd.*, 30 juin 1937.)
XLVe Congrès français de Chirurgie. (Paris, oct. 1936.) Les pneumonectomies. Rapport de Robert MONOD et A. BONNIOT, et rapport de Tudor EDWARDS.
Tudor EDWARDS and Price THOMAS. One Stage Lobectomy for Bronchectasis. (*British Journal of Surgery*, 1934, 22, n° 86.)
ROBERTS and P. NELSON. Pulmonary Lobectomy. Technics and report of ten Cases. (*British Journal of Surgery*, 1933, 21, n° 82.)
NEUHOFF HAROLD et TOUROFF. Abcès putrides aigus du poumon. (*Surg. Gyn. Obst.*, t. LXIII, septembre 1936.)
44. Robert MONOD et Jean DEMIRLEAU. Lobectomie en plèvre libre en un temps. (*Soc. Nat. Chirurgie*, 11 juillet 1934.)
SANTY et BÉRARD. Pneumectomie totale pour bronchectasie. (*P. Méd.*, 21 mai 1938.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 14 MARS 1939

M. le Président fait part de la mort du professeur Stéphane Leduc (de Nantes), membre correspondant, et du professeur Victor Pachon (de Bordeaux), associé national.

Notice. — M. Baudoin lit une notice sur M. Antoine Béclère, membre titulaire.

La transfusion sanguine en temps de guerre. — Le 31 janvier 1939, à la suite d'une communication de MM. Gosset, Lévy-Solal et Tzanck, une commission composée de MM. Auvray, Barrier, Laubry, Lenormant, Rouvillois, Sacquépée et Gosset avait été chargée d'établir un rapport sur cette question.

M. Lenormant fit le rapport le 28 février et conclut à la nécessité d'organiser et d'approvisionner en sang conservé dès le temps de paix les centres de transfusion.

L'Académie a approuvé les conclusions de M. Lenormant, avec l'addition suivante de M. Rouvillois: « Afin d'éviter, en cas de mobilisation, une solution de continuité dans les services, il serait désirable de constituer un corps de donneurs dégagés de toute obligation militaire. »

La Commission déjà nommée est constituée en commission permanente.

Les variations morphologiques des aspects radiologiques du hile pulmonaire normal. — MM. Fernand BEZANÇON, Robert AZOULAY, Olivier MONOND et ROTENBERG. — Au cours des examens radiologiques systématiques des étudiants, les auteurs ont été frappés de l'importance du volume et de la grande variabilité radiologique du hile pulmonaire normal. Mais, règle générale, et c'est la notion sur laquelle ils insistent, les hiles comme les arborisations principales sont extraordinairement épais.

Après avoir rappelé les trois aspects classiques de thorax longiligne, médioligne et bréviligne, les auteurs ont cherché à se rendre compte des variations de volume du hile en fonction des variations de la silhouette cardio-vasculaire, de la taille et du poids du sujet.

Après avoir rappelé les travaux de Delherm et Chaperon qui ont bien montré que seule l'artère pulmonaire est l'élément principal opaque visible sur les clichés radiologiques, les auteurs rappellent une fois de plus qu'en dehors des adénopathies hilaires bien mises en évidence par la tomographie, les aspects de hilite, de périhilite et de péribronchite ne correspondent ni à de la médiastinite, ni à des lésions hilaires, ni à de la sclérose pulmonaire mais sont dues soit à des lésions des languettes pulmonaires antérieures et postérieures qui se projettent sur le hile, soit à des retentissements vasculaires entraînés par l'état pulmonaire, ou par des lésions cardio-vasculaires et en particulier par l'hypertension artérielle pulmonaire, et par la stase veineuse bien individualisée par Laubry.

Sclérose en plaques et acide déhydrascorbique à anneau lactonique ouvert. — MM. Jean LÉPINE, Albert MOREL, Fernand ARLOING, André JOSSERAND et Louis PERROT ont expé-

rimenté sur des malades atteints de sclérose en plaques un acide dérivé de l'acide ascorbique (vitamine C), employé en solution aqueuse à 10 % et un sel complexe ferrico-magnésien, utilisé en injections intraveineuses. Le corps nouveau qu'ils ont obtenu se distingue entièrement de la vitamine C. Il n'a aucun pouvoir antiscorbutique.

Les solutions aqueuses paraissent, jusqu'ici, pouvoir être absorbées par la bouche à la dose de 0,10 centigr. du corps organique sans inconvénients et être au moins aussi actives que les injections intraveineuses.

Sur une vingtaine de malades, la plupart ont été assez sérieusement améliorés pour que ces recherches soient poursuivies.

Les réactions humorales de la période anté-allergique de la tuberculose. — M. Paul COURMONT. — Les cas publiés deviennent de plus en plus nombreux dans lesquels les réactions cutanées à la tuberculine sont tardives ou absentes, soit pour la période anté-allergique normale de l'enfant, soit pour des cas de tuberculose évolutive avérée de l'enfant ou du jeune adulte. Dans cette période anté-allergique les réactions humorales et la sérologie donnent souvent des résultats très positifs, qui viennent suppléer au manque de réactions tuberculiniques.

L'A. rapporte plusieurs faits typiques de ce genre, enfants ou étudiants des hôpitaux, exposés à la contagion et chez lesquels la sérologie a permis de constater l'infection tuberculeuse bien avant l'apparition de l'allergie cutanée. Dans d'autres cas, il s'agit de tuberculose confirmée, de diagnostic plus ou moins facile et où les réactions cutanées à la tuberculine sont restées très longtemps négatives, un an et plus, et parfois jusqu'à la mort, tandis que les réactions sérologiques étaient, dès le début, positives.

Il y a donc souvent *précession des réactions humorales sur l'allergie cutanée.*

La séro-agglutination est la réaction qui est la plus précoce, la plus facile à rechercher et la plus constante dans la période anté-allergique; seule, ou associée aux autres méthodes sérologiques, elle permet un diagnostic très précoce de l'infection tuberculeuse chez les malades ou les sujets exposés. Ces faits sont fort importants pour le dépistage de la tuberculose, surtout dans la période anté-allergique.

L'asthme infantile, affection diathésique. — M. Armand DELILLE, en conclusion d'une étude basée sur de nombreuses observations, estime que l'asthme infantile est bien une affection diathésique entièrement indépendante de la tuberculose et il est très important d'en préciser le diagnostic en vue de lui appliquer une thérapeutique appropriée.

Colonies de vacances. — M. DEQUIDT s'élève contre la conception des camps de vacances envisagés comme un moyen d'instruction. Les vacances ne doivent pas être une continuation de l'école, mais une interruption du travail de l'école. Les colonies de vacances ne doivent relever que du médecin, leur place est dans l'organisation sanitaire de la France.

Résultats des césariennes segmentaires avec exclusion du segment inférieur faites tardivement au cours d'une infection amniotique plus ou moins déclarée. — MM. CHOME et MERGER.

Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infantiles, par Robert DEBRÉ, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 96 pages, chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 28 francs.

Les éléments du pronostic dans les maladies aiguës ; notes de pratique, par A.-B. MARFAN. Un vol. de 80 pages. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 20 francs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MOBILISATION CIVILE

En cas de guerre, les médecins, comme les autres citoyens dégagés de toute obligation militaire, seraient soumis à la loi sur la mobilisation civile ; ils devraient assurer les soins à la population et participer à la défense passive.

Il leur faudrait ainsi, dans un cas, avoir une activité professionnelle très supérieure à la normale et dans des conditions rendues plus difficiles par la pénurie de moyens de transport ; dans l'autre, ils pourraient se trouver dans la nécessité de porter un masque à gaz. De toutes façons, cet exercice serait pénible, sinon impossible, à des hommes âgés dont l'état physique et les fonctions physiologiques auraient bien des chances d'être diminués.

En outre, il n'apparaît pas que leur subsistance, les accidents auxquels ils pourraient être exposés aient été sérieusement envisagés, et l'étude de ces problèmes constituerait une difficulté de plus.

Aussi, pour résoudre la question de la façon qui est apparue la plus aisée et la plus simple, le Syndicat des Médecins de la Seine, le 7 mars 1939, a-t-il proposé une solution dans l'ordre du jour suivant :

« *Considérant* qu'en cas de mobilisation les médecins ont à accomplir une tâche qui, dans les limites de leurs possibilités physiques et physiologiques, est exactement du même ordre que celle qu'ils accomplissent dans l'exercice de leur profession ;

« Qu'ainsi les conditions de limite d'âge ne devraient pas jouer pour eux comme pour ceux qui, mobilisés, se trouvent dans des conditions différentes de leur vie normale ;

« Que, pour assurer les soins nécessités tant pour la défense passive que pour la population civile, il est indispensable d'avoir un nombre de médecins supérieur à celui que donne la mobilisation dans les conditions actuelles ;

« *Pense* que la meilleure solution à ce problème serait de reculer de cinq années la limite d'âge des médecins et de favoriser les engagements au titre militaire pour la durée de la guerre.

« Et qu'ainsi le Service de Santé militaire pourrait les répartir beaucoup plus judicieusement suivant leurs possibilités qu'en maintenant la division qui est la conséquence d'une mise hors cadre prématurée dans leur cas. »

Il semble bien qu'ainsi toutes les difficultés seraient résolues à l'avantage de tout le monde.

A. HERPIN.

A PROPOS DE LA VITAMINE A

Rectification. — C'est par erreur que, dans notre article sur *L'emploi de la vitamine A chez le nourrisson (Gazette des Hôpitaux*, n° 17, p. 298), nous avons écrit que le lait condensé, non écrémé et non sucré, ne contient plus de vitamine A. Les travaux des expérimentateurs américains (Mac Collum et Daniels, 1918 ; Daniels et Loughin, 1920 ; Pien, Schmid, 1937 ; de Haas et Meulemans, 1938, etc.), montrent que, dans ce qu'ils appellent le *lait évaporé*, les vitamines sont conservées. C'est aussi l'opinion des cliniciens les plus qualifiés : Marriott, Saxl, R. Mathieu, etc. Il faut donc cesser d'affirmer que le lait homogénéisé ne contient pas ou ne contient que des quantités insuffisantes de vitamine A.

L. BARBONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 15 décembre. — Jury: MM. Jeannin, Lenormant, Brocq, Lantuejoul. — M. Lemesle. A propos d'un monstrueux prolapsus utéro-vaginal chez une femme enceinte près du terme. — M. Waxin. Grossesse extra-utérine à terme. (Considérations sur deux cas inédits).

Jury : MM. Balthazard, Laignel-Lavastine, Tanon, Duvoir. — M. Bouchart. Le médecin d'usine. — M. Vannier. Contribution à l'étude de la strychnine dans le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme chronique. — M. Bellet. Une médication sympathicomimétrique euphorisante : le sulfate de phénédrine. — M. Chauveau. Ostéosynthèse et traitements orthopédiques dans les fractures diaphysaire fermées de l'adulte. — M. Chevallier. Lait et fièvre ondulante.

Vendredi 16 décembre. — Jury: MM. Lévy-Solal, Loeper, Troisier, Turpin. — M. Zucherman. Etude d'une statistique de 2.162 avortements. — M. Desormeaux. Contribution à l'étude de la maladie de Nicolas-Favre à localisation rectale. — M. Jokel. Contribution à l'étude du scorbut sporadique chez l'adulte. — M. Jestaz. Interventions sur le phrénique à l'hôpital de Fontainebleau de 1927 à 1937.

Lundi 19 décembre. — Jury: MM. Clerc, Fiessinger, Chevallier, Lemaire. — M. Aslanian. Résultats éloignés du traitement chirurgical de la symphyse péricardique. — M. Mercié. Contribution à l'étude de l'anatoxine staphylococcique dans le traitement de l'ostéomyélite. — Mme de Rodellec. L'érythromyélose aiguë.

Mardi 20 décembre. — Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Mocquot, Brocq. — M. Parant. Etude descriptive des autoplasties tégumentaires appliquées principalement aux pertes de substances du visage. — M. Raïs. Un cas de cancer de Bowen de l'œsophage. — M. Géré. Contribution à l'étude radiographique de la lithiase sous-maxillaire. La sialographie. — M. Pégeot. La cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale pour lésions annexielles. — M. Lafourcade. Les tumeurs ano-rectales satellites des cancers coliques.

Jury: MM. Balthazard, Carnot, Claude, Piédelièvre. — M. Ricaut. De la mort du fœtus ou du nouveau-né après injection préventive chez la mère de sérum antitétanique. — M. Mermet. Les formes hépato-spléniques de la granulomatose maligne. — M. Guilloux. Contribution à l'étude et aux traitements des séquelles des accidents de travail.

Mercredi 21 décembre. — Jury: MM. Grégoire, Clovis Vincent, de Gaudard d'Allaines, Leveuf. — M. Vinour. Etude anatomo-radiologique des méningiomes cérébraux. — M. Huchet. La luxation de l'extrémité inférieure du cubitus. Etude des différents procédés de traitement. — M. Sizaire. La rétention d'urine post-opératoire.

Jury: MM. Robert Debré, Loeper, Troisier, Aubertin. — M. Lemoine. Le régime sec dans les suppurations bronchiques chroniques.

Jeudi 22 décembre. — Jury: MM. Chevassu, Terrien, Laignel-Lavastine, Velter. — M. Tolstoï. Etude des représentations pathologiques dans l'art égyptien. — M. Tuloup. Un précurseur méconnu: Offray de La Mettrie, médecin-philosophe (1708-1751). — M. Viaud. Le signe de Colombino et la recherche du bacille de Koch dans les urines des tuberculeux rénaux.

Jury: MM. Gougerot, Tanon, J. Besançon, Joannon. — M. Gilles. Un cas complexe de syphilis neuro-vasculaire tardive. — M. Uguen. Psoriasis. Traitement par l'extériorisation et l'emploi simultané d'un antisyphilitique et d'un sel d'or. — M. Kurtag. Contribution à l'étude des accidents mortels de l'arsénothérapie antisyphilitique. — M. Pinon. Les problèmes médicaux de l'immigration. — M. Rommer. Le contrôle du lait en Suisse, en particulier à Davos. — M. Schwartz. Contribution à l'étude du mouvement démographique en France. — Mme Oppman-Landon. Une vue d'ensemble sur le fonctionnement des dispensaires municipaux de la région parisienne. — M. Steinberg. La souillure des rues des villes par les excréments de chiens.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Hérédité et épilepsies, par L. Marchand. Edition de la *Nouvelle Revue critique*. Paris, 1939, in-8°, 123 pages.

L'épilepsie « essentielle » est-elle héréditaire ? Question qui, de tout temps, a passionné les esprits et que tente de résoudre, à son tour, un éminent aliéniste, M. L. Marchand, en se fondant, d'une part, sur les statistiques et sur la bibliographie, de l'autre, sur le raisonnement. Les statistiques peuvent toutes être contestées, car « jamais les faits ne sont identiques : dès lors, la statistique n'est qu'un dénombrement empirique d'observations » (Cl. Bernard) : aussi la loi des grands nombres risque-t-elle d'avoir comme conséquence des erreurs qui ne sont pas petites. Quant à la bibliographie, les résultats auxquels elle aboutit sont, trop souvent sujets à interprétation : aussi ne peuvent-ils prétendre à entraîner la conviction. Il est exceptionnel, d'ailleurs, que « par le moyen de disputes qui se pratiquent dans les écoles on ait découvert aucune vérité qu'on ignorât auparavant (Descartes). Reste donc le raisonnement. Que nous apprend-il à ce sujet? Que l'hérédité n'est qu'une des innombrables causes de l'épilepsie. Qu'il faut distinguer l'hérédité réelle, ancestrale, génotypique et l'hérédité pathologique due à une altération soit des cellules germinales, soit de l'œuf. Que nombre d'épilepsie congénitales dépendent, non de l'hérédité, mais d'une « parahérédité » : syphilis, tuberculose, d'une lésion cérébrale ou d'une affection acquise au cours de la vie intra-utérine. Que les lois de Mendel ont été appliquées à tort au sujet qui nous occupe. Que la théorie héréditaire de l'épilepsie soulève de nombreuses et importantes objections. Ne proclamons donc plus, avec Hippocrate : *Epilepticus genuit epilepticum*, avec Hoffmann que : *Neque est ullus morbus qui tam facile a parentibus in liberos devolvitur quam epilepsia* et cessons de lui opposer, pour empêcher son développement, des mesures inopérantes ; stérilisation, ségrégation. Attaquons-nous à la syphilis et à l'alcoolisme. Protégeons la future mère contre toutes les causes qui peuvent troubler le développement de l'embryon, évitons les traumatismes obstétricaux et mettons l'enfant dans de telles conditions d'hygiène qu'il puisse supporter les maladies infectieuses sans faire de complications cérébrales !

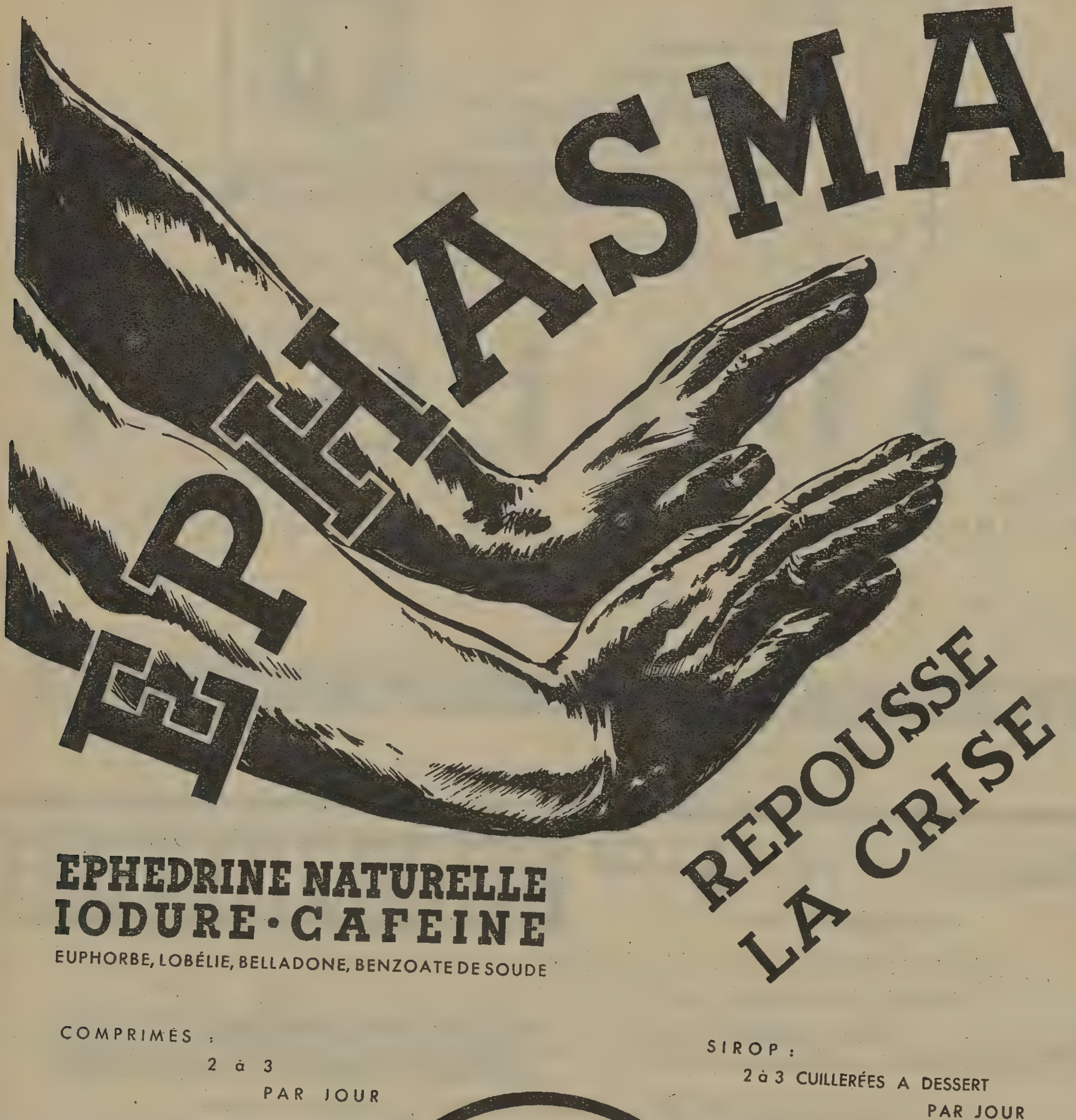
L. BABONNEIX.

Tuberculose et médecine sociale, par Etienne Bernard. Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de la Salpêtrière. Préface du Professeur F. Bezançon. Un volume de 160 pages, avec 4 figures, 36 fr. Masson, éd. Paris.

Le Diabète, par le Dr Henry Chabanier et le Dr C. Lobo-Onell. — Un volume in-16 double-couronne. Collection « La Guérison des maladies », 18 fr. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris, 6e.

Le directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. de Vaugirard, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.


EPHASMA
REPOUSSE
LA CRISE
EPHEDRINE NATURELLE
IODURE · CAFEINE
EUPHORBE, LOBÉLIE, BELLADONE, BENZOATE DE SOUDE
COMPRIMÉS :
2 à 3
PAR JOUR
SIROP :
2 à 3 CUILLERÉES A DESSERT
PAR JOUR


céréOssine
fixe le Calcium
LABORATOIRES DEHAUSSY
50-52 RUE NATIONALE - LILLE

LISTE DE L'INTERNAT

N° 23. — MERCREDI 22 MARS 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Etranglement interne dans l'hiatus de Winslow, par M. A. DARIAU.

Faux cardiaques d'origine digestive, par M. G. MACAUD.

NOTICE NÉCROLOGIQUE.

Le docteur Antoine Béclère (7 mars 1856-24 février 1939), par M. Georges RONNAUX.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Anthrax de la lèvre supérieure (Signes, Evolution, Traitement), par M. Jacques REIGNIER.

BIBLIOGRAPHIE.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat (oral.)* — Première séance du 17 mars 1939 :

MM. Camus, 24,5 ; Viguié, 22 ; Fronville, 22 ; Hewitt, 22 ; Tahar, 14 ; Darrican, 22 ; Denizet, 20 ; Verriez, 26 ; Umdenstock, 24 ; Bauchart, 22.

Questions. — Formes cliniques et diagnostic de la maladie de Heine-Medin à sa période aiguë. — Symptômes et complications des varices des membres inférieurs.

Deuxième séance du 17 mars 1939 :

MM. Gertzberg, 18 ; Rometti, 22 ; Alpérine, 23,5 ; Jomier, 21 ; Isal (Paul), 17,5 ; Hiverlet, 10 ; Toufesco, 21 ; Libert, 23 ; Lambert (Léon), 22 ; Mlle Rosenkovitch, 22,5 ; M. Leprat, 23.

Questions. — Symptômes et complications des cancers du gros intestin (rectum excepté). — Diagnostic et traitement des hémoptysies.

Première séance du 18 mars 1939 :

MM. Béna, 18 ; Wolff (J.), 17 ; Mlle Kahn, 17 ; MM. Tricard, 12 ; Caldier, 18 ; Mlle Brisac, 19 ; MM. Lanvin, 22 ; Daumet, 18,5 ; Reynaud (Jean), 19,5 ; Tran-Van-Hoa, 21.

Questions. — Discussion du diagnostic d'une crise épileptique convulsive, généralisée. — Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques.

Première séance du 19 mars 1939 :

MM. Barbier (Pierre), 27 ; Maurice (Pierre), 16 ; Weyl, 20 ; Aurégan, 23 ; Blanc (Guy), 19 ; Bach, 20 ; Pérol, 26 ; Ruel, 19 ; Hemeury, 18.

Questions. — Complications des avortements. — Diagnostic des compressions médiastinales de l'adulte.

Deuxième séance du 19 mars 1939 :

MM. Kaeppelin, 21 ; Arnaud, 19 ; Mattéi, 27 ; Petit (Jacques), 22 ; Monod (Marc), 19 ; Sevileano (Eugène), 27; Orfali, 26 ; Joussemet, 23 ; Granjon, 26 ; Landau, 15.

Questions. — Formes cliniques des complications extragénito-urinaires de la blennorragie. — Symptômes et complications de la fracture de Dupuytren.

Concours supplémentaire. — Troisième séance du 19 mars 1938 :

MM. Joublin, 30 ; Isorni, 29.

Questions. — Diagnostic d'un gros rein droit. — Symptômes et évolution de l'infarctus du myocarde.

Liste des candidats reçus Internes des Hôpitaux.

MM. Joublin, Isorni ; Mlles Meunier, Lefèvre ; MM. Lasry, Granjon, Le Brigand (Henri), Verriez, Le Brigand (Jean), Barbier (Pierre) ;

MM. Orfali, Goury-Laffont, Blanchon, Pluvinage, Debusschère, Bonvallet, Koskas, Ciaudo, Gorin ; Mlle Hahn ;

MM. Scebat, Darrican, Bastin, Maignan ; Mlle Bournisien ; MM. Bourdin, Galmiche, Renault, Bauchart, Capron ;

MM. Tricot, Richet, Lichnewsky, Pérol, Bouche, Henrot, Moch ; Mlle Mendras ; MM. Hébert, Aurégan ;

MM. Hussameddin, Joussemet, Jardel, Lecointe, Roger, Pergola ; Mlle Antoine ; MM. Poussier, Eman-Zadeh, Viguié ;

MM. Paley, Brenier, Laroche, Berthon, Delouche, Carlotti ; Mlle Kahn (Madeleine) ; M. Audoly ; Mlle Garnier Mme Weill ;

MM. Tostivint, Caufment, Kreisler, Marzet, Sevileano ; Mlle Jurain ; M. Courjaret ; Mlle Moreau ; M. Flabeau ; Mlle Corre ;

MM. Mattei, Ronsin, Bernard, Prochiantz, Baudon, Léandri ; Mlle Haller ; MM. Joinville, Toufesco, d'Oelsnitz ;

MM. Kaeppelin, Pruvot, Debost, Loubrieu, Haguet, Lang, Camus, Seyer, Bach, Rometti.

Liste des Externes en premier.

MM. Barré (Yves), Ruel, Courchet, Blancard, Monod, Rognon, Durupt ; Mlle Lippmann ; MM. Butet, Lambert ;

M. Rie ; Mlle Rosental ; MM. Deslandes, Verliac, Hewitt, Davy ; Mlle Grould ; MM. Frinault, Isal, Cachin (Yves) ;

M. Staub ; Mlle Fillon ; MM. Michon, François ; Mlle Rosenkovitch ; MM. Kartun, Demassieux, Mage, Daumet, Hagège ;

M. Blanc ; Mlle Brisac ; MM. Labayle, Delatour, Kropff, Leprat, Mayaud, Haquin ; Mlles Schweisguth, Dubois ;

Mlles Bourget, Chaillet ; MM. Duhamel, Cossart, Fortin (Pierre), Amado ; Mlle Depître ; MM. Fronville, Denizet, Chartrain ;

M. Hemeury ; Mlle Saulnier ; M. Sicard ; Mlle Samuel ; MM. Edelmann, Parsy, Nataf, Hadengue, Ducournau, Hervilleur ;

MM. Bolivar, Umdenstock, Demétriadès, Enel, Alpérine ; Mlles Meugé, Monghal ; MM. Piard, Schneider, Albou ;

Mlle Tourneville ; MM. Lanvin, Tran-Van-Hoa, Petit (Jacques), Liénard, Legrand, Roblin, Xambeu, Royer, Devimeux ;

MM. Roman, Reynaud, Tubiana, Polliot, Nehlil, Danset, Saltet de Sablet d'Estières, Weyl, Ternier, Godlevsky ;

MM. Ferrand, Didier, Crépin, Lelièvre, Auquier ; Mlle Caulliez ; MM. Jomier, Ancelin, Courtenay-Mayers, Gauthey ;

MM. Hermann, Bessière ; Mlle Fossier ; M. Hervet.

Répartition dans les services. — Elle aura lieu, rue d'Arcole, n° 2, à 15 heures, les jours suivants : *Internes* entrant effectivement en quatrième année, le 27 mars ; entrant en troisième, le 28 mars ; entrant en deuxième, le 29 mars ; entrant en première, le 30 mars. *Externes en premier* : le 31 mars. Entrée en fonctions, le 25 avril.

Externes nommés aux concours suivants : 1933, le 26 avril ; 1934, le 27 avril ; 1935, le 28 avril ; 1936 (de 1 à 200), le 2 mai ; 1936 (de 201 à la fin), le 3 mai ; 1937 (de 1 à 200), le 4 mai ; 1937 (de 201 à la fin), le 5 mai ; 1938 (de 1 à 200), le 8 mai ; 1938 (de 201 à la fin), le 10 mai. Ces deux dernières séances, à 14 h. 30 au lieu de 15 heures. Les élèves sont appelés suivant leur numéro de classement. Entrée en fonctions, le 15 mai 1939.

Faculté de Médecine de Paris. — Examens de fin d'année 1939, troisième année. Les dates des épreuves de *Pathologie expérimentale* seront affichées le mercredi 29 mars.

Légion d'honneur. — Santé publique. — *Chevalier :* M. H. Rousseau, médecin chef de l'hôpital de Pithiviers.

Guerre. — *Chevalier :* M. Sivroles, médecin capitaine de réserve rayé des cadres (attribution de la croix de guerre avec palme).

Colonies. — *Chevalier* : le docteur Simon (V. A. P.).

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — Un concours pour huit emplois d'assistants sera ouvert le vendredi 31 mars 1939 à 9 heures du matin, rue Moreau, n° 17. Inscription au Secrétariat de l'Hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, tous les jours (samedis après-midi, dimanches et fêtes exceptés), de 9 à 11 heures et de 16 à 18 heures, jusqu'au lundi 20 mars 1939 inclus.

Les prix Bouloumié, offerts tous les deux ans par la Société des Eaux de Vittel, sont destinés à récompenser des mémoires ou thèses d'internes des hôpitaux de Paris en exercice ou d'anciens internes ayant terminé, depuis moins de deux ans, leurs années d'internat. Ces prix, chacun d'une valeur de 5.000 francs et au nombre de trois, sont attribués cette année par un jury composé, comme par le passé, d'anciens internes des hôpitaux de Paris et d'internes en exercice.

Les mémoires et thèses devront être adressés *(si possible en trois exemplaires)* avant le 1er avril 1939, au docteur Regaud, secrétaire général de l'Association amicale des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux de Paris, 12, square de l'Alboni, Paris (16e). Les exemplaires seront, sur leur demande, rendus ultérieurement à leurs auteurs.

La Fondation médicale du Mont-Valérien met ses services d'hospitalisation, de diagnostic et de traitement à la disposition de *tous* les médecins et spécialistes qualifiés de la région parisienne.

Toutes les affections peuvent être soignées à la Fondation, *même* les maladies contagieuses (pavillon d'isolement avec service opératoire particulier), mais non compris les maladies mentales et les toxicomanies.

Pour tous renseignements s'adresser à la Fondation médicale du Mont-Valérien, 40, rue Worth, à Suresnes. Longchamp : 18-00.

Portugal. — Une dépêche du *Temps* nous apprend que le professeur Egaz Moniz, l'éminent neurologiste de Lisbonne, correspondant de l'Académie de Médecine de Paris, a été blessé de plusieurs coups de revolver par un client, dans son cabinet. Son état serait grave. Nous adressons nos vœux de rétablissement et l'expression de notre vive sympathie au grand savant.

NÉCROLOGIE

— Nous apprenons avec une vive peine la mort du docteur Camille Chabrol, médecin consultant à Vichy, ancien président de la Société des Sciences médicales de Vichy.

Camille Chabrol était une des grandes figures médicales de sa station. Sa droiture, sa courtoisie parfaite, sa haute culture lui avaient attiré l'estime générale. Ceux qui ont vécu à côté de lui pendant la guerre, comme Roger Glénard et nous-même, ont pu apprécier particulièrement son dévouement, ses qualités de cœur et la fidélité de son amitié.

Notre bien regretté confrère avait été douloureusement éprouvé par la mort de Mme Chabrol, survenue il y a quelques années, et tout récemment par la mort d'un frère très aimé.

Nous prions son neveu, M. le professeur agrégé Etienne Chabrol, de recevoir l'expression très affectueuse de notre sympathie dans le nouveau deuil qui le frappe.

F. L. S.

— Le professeur Stéphane Leduc, de Nantes, membre correspondant de l'Académie de Médecine.

ETRANGLEMENT INTERNE DANS L'HIATUS DE WINSLOW

Par M. E.-A. DARIAU

Historique. — Les observations d'étranglement à travers l'hiatus de Winslow, sans être exceptionnelles ne sont cependant pas très fréquentes.

En 1890, dans sa thèse inaugurale, Jonesco en cite 8 cas. Vingt ans plus tard, Jeanbreau, au cours d'une étude d'ensemble parue dans la « Revue de Chirurgie » ajoute 10 nouvelles observations à celle de Jonesco.

En 1924, Ulmann réunit 12 cas inédits tandis que H. Delagenière rapporte un cas personnellement observé et remontant à 1910.

Green, trois ans plus tard, publie un cas nouveau. En 1930 et 1931, Aigrot, dans « Le Lyon Chirurgical », puis à la « Société Nationale de Chirurgie » rapporte quatre nouvelles observations. A quelque temps de là, Gabrielli découvre opératoirement un étranglement de ce genre au cours d'une intervention pour appendicite aiguë.

Blanc (1933) publie à la « Société des Chirurgiens de Paris » un cas d'étranglement du cœco-ascendant dans l'hiatus avec gangrène appendiculaire et péritonite généralisée.

Kerr (1934), dans le « Lancet », parle d'une hernie de l'intestin dans l'arrière-cavité des épiploons.

Knoflach (1937) relate l'étranglement dans l'hiatus de Winslow d'une grossesse tubulaire rompue.

En 1935, Langley rapporte dans le « British Journal of Surgerey » quelques observations d'étranglement à travers le même orifice.

Palasse et Thanosset (1936) trouvent dans l'arrière-cavité des épiploons un cœcum et un côlon ascendant.

Thévenard (1932) cite, dans « les Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris » un nouveau cas de ce genre, et rappelle une semblable observation déjà publiée par lui en 1928 dans les colonnes du « Paris Chirurgical ».

De la lecture de ces observations, des conclusions s'imposent, à savoir :

1° Le diagnostic n'est fait qu'exceptionnellement ;

2° La mortalité opératoire demeure considérable, du fait surtout que le diagnostic toujours hésitant pousse à une temporisation néfaste ;

3° Parmi les hernies étranglées à travers l'hiatus de Winslow, les unes, et ce sont les plus fréquentes, se produisent directement à travers l'hiatus; les autres, beaucoup plus rares, empruntent pour gagner l'hiatus une brèche congénitale ou accidentelle, constatable au cours de l'opération dans l'épaisseur même du méso-côlon transverse ;

4° Enfin, en dehors des altérations similaires banales dues à l'étranglement, les organes herniés peuvent présenter des lésions particulières, accidentelles, surajoutées, où la part revenant à la striction n'est pas toujours manifeste, telle une appendicite suppurée (Gabrielli) telle aussi une rupture de grossesse ectopique tubaire (Knoflach).

Les hasards de la clinique nous ont mis, il y a quelques mois, en face d'un cas particulièrement intéressant. La hernie s'était faite à travers une brèche du méso-côlon transverse. Le côlon ascendant, le cœcum, l'appendice et la portion initiale de l'iléon étaient fortement étranglés au niveau du foramen de Winslow. L'appendice était atteint de lésions gangréneuses. La malade a guéri. Le diagnostic n'avait pas été fait.

C'est l'ensemble de ces circonstances, les particularités surtout de certains signes cliniques, qui nous ont incité à publier notre observation ; la voici :

OBSERVATION

Madame S..., Jeanne, âgée de 34 ans, n'a jamais été malade. Elle est mère de deux fillettes dont la naissance s'est effectuée normalement.

Il y a six semaines, elle s'alite parce que, brusquement, elle a ressenti de vives coliques accompagnées de nausées. Trois jours plus tard, elle reprend ses occupations.

Deux semaines se sont écoulées, quand les mêmes phénomènes douloureux se reproduisent accompagnés, cette fois, d'une constipation marquée. De sa propre initiative, la malade se soigne par des cataplasmes, des purgatifs légers, le repos au lit.

Tout rentre encore dans l'ordre et le travail habituel est repris. Mais huit jours plus tard, en même temps que réapparaissent les phénomènes antérieurs, la température s'élève à 38°. On note deux vomissements bilieux. La malade a l'impression que son ventre augmente de volume. Cette fois, elle consulte, et le médecin appelé, pensant à la possibilité d'une affection chirurgicale, nous prie de lui donner notre avis.

Interrogeant la patiente, j'apprends qu'elle est constipée depuis trois jours, qu'elle l'est, du reste, fréquemment par intermittences ; qu'elle est toujours bien réglée, que, présentement, elle éprouve des coliques dans la partie droite de la région ombilicale et au creux épigastrique.

Jamais elle n'a présenté de troubles urinaires. Aucun passé lithiasique ou appendiculaire.

A l'inspection, la paroi se montre soulevée par une saillie arrondie rappelant celle que ferait un kyste de l'ovaire à évolution abdominale. Cette saillie est médiane, mais déborde cependant la partie droite de l'ombilic. Il n'y a pas de circulation collatérale.

La palpation permet d'apprécier le volume de cette tuméfaction. Elle est globuleuse, grosse comme un poing d'adulte. La moindre pression à son niveau est douloureuse.

La percussion révèle de la matité ; mais il ne s'agit que d'une matité relative ; c'est plutôt la tonalité que donnerait une collection liquide percutée à travers l'intestin. L'auscultation de la tumeur est négative.

Le toucher rectal montre une ampoule vide sans lésion manifeste. L'examen de la sphère génitale permet de reconnaître un utérus petit, en antéversion physiologique, sans altération des annexes. Le foie paraît de dimensions normales et la rate n'est pas perceptible. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La pression artérielle est de 13/9. L'examen des organes thoraciques est négatif.

Le diagnostic apparaît difficile. Un volvulus du cœcum expliquerait l'état de sub-occlusion et la présence de la tumeur ; mais cette hypothèse cadre mal avec une température voisine de 38°. Sans grande conviction, nous posons le diagnostic de kyste de l'ovaire en voie de torsion, à contenu plus ou moins infecté.

Mais si, au total, la discrimination de l'affection en cause nous semble impossible, nous demeurons d'accord, le médecin traitant et moi, sur l'opportunité d'une laparotomie, d'autant que le pouls, parfait au début, semble s'altérer progressivement et que, depuis trente-six heures, la malade n'a émis aucun gaz.

Compte rendu opératoire. — Sous anesthésie générale à l'éther, je pratique une incision médiane sus et sous-ombilicale.

L'examen rapide du petit bassin ne révèle rien d'anormal dans la zone génitale. Le cœcum n'est pas visible dans la forme iliaque droite. Le côlon ascendant est d'une extrême brièveté. A quelques centimètres de l'angle hépatique, ce côlon devient horizontal et s'engouffre à travers le méso-côlon transverse dans une brèche de forme arrondie assez semblable à celle que nous pratiquons au premier temps d'une gastro-entérostomie classique trans-méso-colique.

La portion du côlon ascendant qui ne s'est pas engagée dans la lumière de cet orifice est excessivement dilatée. C'est bien là la tumeur perçue au cours de l'examen clinique.

Nous nous rendons compte que le côlon, le cœcum et les premiers centimètres de l'iléon ont aussi pénétré dans l'étage sus-mésocolique.

Une très légère traction sur cette masse intestinale, colique et grèle ne permet pas sa réduction ; et cependant l'anneau mesocolique n'étrangle pas à proprement parler la masse herniée. Le doigt ganté en fait aisément le tour sans jamais donner l'impression qu'il puisse en aucune manière léser l'intestin engagé. Il n'existe à ce niveau qu'une adhérence circulaire très lâche.

A n'en pas douter, c'est plus haut que siège l'obstacle. Sans insister davantage, nous pratiquons un décollement colo-épiloïque à la façon de Témoin, et, rabattant vers le haut estomac et épiploon, nous constatons que la masse herniée s'engage dans l'hiatus de Winslow et qu'elle s'y étrangle très fortement.

Nous désinsérons le duodénum sur une longueur de 2 centimètres, cependant que notre aide exerce avec douceur une traction légère, mais tenace, sur l'intestin hernié.

Grâce à cette double manœuvre, l'hiatus, à notre grande saitsfaction, consent à libérer le contenu de l'étranglement ; et nous constatons que l'iléon et le cœcum présentent un anneau strictural très marqué, et, qu'enfin et surtout, l'appendicite est gros, tuméfié, rouge, recouvert d'un exsudat blanchâtre.

Résection de l'appendice, pas d'enfouissement, stérilisation du moignon au thermo-cautère.

Une compresse montée, imbibée d'éther, est introduite à plusieurs reprises dans l'arrière-cavité des épiploons afin de l'assécher, car celle-ci recèle une sérosité louche et fétide.

Suture de la brèche méso-colique à la soie. Cœco-colopexie en position normale au fil de lin. Fermeture pariétale en deux plans sans drainage.

Les suites opératoires sont très simples : la malade a sa première selle le quatrième jour et se lève le dix-huitième. Revue après six mois, dix mois et un an, elle demeure en parfaite santé.

Conclusions. — Nous avons dit que le diagnostic d'un étranglement à travers l'hiatus de Winslow n'avait jamais été fait cliniquement ; cependant on l'a maintes fois pressenti. Etranglement interne, certes! Mais aucune précision quant à son siège.

Nous reconnaissons humblement avoir pensé comme tous nos confrères ; au total, nous avons cru à une torsion d'un kyste ovarien à siège abdominal.

Un signe clinique pourtant nous avait frappé, que nous n'avons pas sû interpréter. Nous voulons parler de cette matité « anormale » de la tumeur. On aurait dit d'un kyste qu'une anse intestinale aurait séparé de la paroi.

Nous soulignons qu'avant le « grand étranglement » l'intestin avait dû, à plusieurs reprises « s'engouer » dans l'hiatus, provoquant de ce fait des crises de constipation réductibles, certes, mais très accusées.

Le rappel de ces accidents d'occlusion passagère et le caractère de cette forme spéciale de matité « hydro-aérique » aideront peut-être, dans des cas superposables au nôtre, à poser cette fois, un diagnostic précis.

BIBLIOGRAPHIE

G. Aigrot. — Etranglement d'une anse grêle dans l'hiatus de Winslow. *Lyon-Chir.*, sept-oct. 1930. — Trois cas d'occlusion intestinale rare : volvulus cœcal et hernie étranglée dans l'H. de Winslow. *B. et Mémoires de la S. de Chirurgie*, mai 1931.

Baudoin. — Hernie interne rétro-péritonéale. *Progrès Médical*, Paris, 1890.

H. Blanc. — Etranglement du cœcum ascendant à travers l'hiatus de Winslow ; gangrène de l'appendice et péritonite généralisée secondaire. — In *Bulletin et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, 5 février 1932.

J. K. Davidson. — Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow. In *Journal de Chirurgie*, n° 3, sept. 1936. — Hernie interne à travers l'hiatus de Winslow. In *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*, n° 3, janvier 1936.

H. Delagenière. — In *B. et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1924.

R. S. Day. — Hernia through foramen of Winslow (*M. J. Australian* I. 633, avril 1937.)

Gangolphe. — Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow, in *Mémoires de la Société de Médecine de Lyon*, 1890.

A. Guinard. — Nouveau traité de Chirurgie : Le Dentu et Delbet. Baillière, éditeur, Paris, 1920.

E. K. Green. — Strangulated Hernia throug foramen of Winslow, report of case. *Minnesota med*/10, 451-453, juillet 1927.

Groves and Marten. — A case of hernia into the foramen of Winslow. In *Australian Med. Gaz. Sydney*, 1900, 413.

T. Jonesco. — Hernies internes... à travers l'hiatus de Winslow. (*Thèse*, Paris, 1890.)

R. A. Kerr. — Hernia through foramen of Winslow ; in *Lancet*, march 1934.

J. G. Knoflach. — Hernie étranglée dans le foramen de Winslow avec rupture de grossesse tubaire. In *Med. Klin.* 1933, avril 1937.

G. F. Langley. — Strangulated internal hernia, report of cases of strangulation in fossa and through foramen of Winslow. In *British Journal of Surgery*, July 1935.

Thevenard. — Occlusion intestinale aiguë par étranglement dans l'hiatus de Winslow. (*Paris Chirurgical*, juin 1928.)

— A propos de l'étranglement du cœco-ascendant dans l'hiatus de Winslow. In *Bulletin et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, février 1932.

FAUX CARDIAQUES D'ORIGINE DIGESTIVE

Par G. MACAUD

Le retentissement à distance des troubles viscéraux est un fait banal, aussi bien dans la zone thoracique que dans la zone abdominale; il existe de véritables « sympathèses » (Oddo) qui, par perturbations nerveuses, intriquent d'une façon plus ou moins complexe les troubles fonctionnels.

Les exemples abondent : troubles gastriques des biliaires, angine de poitrine des lithiasiques, dyspepsies des malades atteintes de salpingites, migraines des hépatiques, etc.

Mais il est un cas de diagnostic et de pronostic particulièrement difficile : c'est celui des retentissements cardiaques. Un malade consulte pour des troubles d'apparence cardio-vasculaires : s'agit-il en fait d'un vrai ou d'un faux cardiaque ?

Le cas le plus anciennement connu est celui de l'angine de poitrine; les anciens auteurs s'étaient efforcés de dissocier d'un tableau clinique semblable, ou presque, deux formes : la fausse angine, nerveuse, de pronostic bénin, et l'angor vrai, ou grande angine, de pronostic très sombre. Vaquez montra le danger d'une telle subtilité; combien sont morts en cours de crise de soi-disant faux angineux !

Plus fréquents sont les signes cardiaques survenant chez les dyspeptiques et les colitiques; Laubry a écrit que nombre d'extra-systoles survenues en périodes digestives sont guéries par le carbonate de bismuth mieux que par la thérapeutique cardiaque. Lian a réuni un certain nombre de faits de ce genre sous le nom heureux de « cœur irritable ». Vital-Lassance est revenu, il y a peu, sur cette question des faux cardiaques, et en a montré l'importance. Chiray a inspiré une thèse sur les cardialgies d'origine vésiculaire (Gisselbrecht, thèse de Paris 1938).

L'aérogastrie est surtout l'aérocolie sont très souvent la cause d'oppressions, de palpitations et d'algies précordiales; le blocage d'une grosse poche de gaz sous tension dans l'angle colique gauche refoule souvent la coupole diaphragmatique, bascule plus ou moins le cœur ou le repousse vers la droite. C'est un phénomène d'une constatation radiologique et clinique absolument courante.

On comprend la difficulté d'une thérapeutique efficace dans de tels cas : les toni-cardiaques sont impuissants; les médicaments absorbant des gaz intestinaux agissent incomplètement (et ici le carbonate de bismuth semble particulièrement actif). Un traitement pathogénique complet pourra être seul actif.

Or, la pathogénie est complexe. De tels malades sont de faux cardiaques, assurément; ils ont une dilatation intestinale; ils ont une perturbation du système neuro-végétatif. Mais, à notre avis, il existe cependant chez eux un élément cardiaque, une « prédisposition » cardiaque qui ne doit pas être négligée. Le « cœur irritable » est un cœur qui n'est pas normal et qui demande à être calmé par voie directe, aussi bien que par voie indirecte.

Il faut, chez de tels sujets : renforcer et apaiser le cœur, vaincre la tendance aux spasmes, atténuer l'irritabilité neuro-végétative et absorber les gaz gastriques et intestinaux, voire même agir sur la gastrite et la colite si souvent associées.

Pour notre part, nous remplissons la première condition en utilisant l'aminophylline : celle-ci, grâce à son action cardio-tonique et son action antalgique, est ici supérieure aux toni-cardiaques classiques.

L'élément spasmodique sera vaincu grâce à la papavérine, dont l'activité et la maniabilité est nettement démontrée.

Quant au système nerveux neuro-végétatif, le gardénal à petites doses est le médicament qui donne les meilleurs résultats calmants.

L'absorption des gaz gastriques ou intestinaux, l'élément dyspeptique ou colitique relèvent du carbonate de bismuth, que l'on peut associer à d'autres carbonates (carbonate de chaux, carbonate de magnésie), et qui est plus actif, nous semble-t-il, que les charbons, et nettement supérieur au kaolin, voire même au sous-nitrate de bismuth, malheureusement producteur de nitrites irritants pour le tube digestif.

***

Nous voudrions résumer ici quelques-unes parmi nos observations les plus démonstratives :

I. — M. D., 52 ans, se plaint de palpitations avec légère gêne précordiale, deux heures après le déjeuner et deux heures après le dîner. L'examen physique montre : des salves d'extra-systoles et une poche de gaz sous-tension à l'angle colique gauche. La tension artérielle est de 15 1/2 - 8 1/2 (au Vaquez). Le malade a été traité sans succès par la digitaline à petites doses; on lui prescrit le carbonate de bismuth et le sédo-caréna (4 comprimés par jour.) En une semaine, une amélioration très nette se produit et les troubles disparaissent complètement en 15 jours. Le résultat se maintient depuis 2 mois, en administrant le même traitement les trois premiers jours de chaque semaine.

II. — Mme V., 35 ans, ressent dans les jours qui précèdent ses règles, des douleurs précordiales qu'elle qualifie d'« angine de poitrine ». On a essayé chez elle, sans résultat, l'opothérapie ovarienne et la trinitrine. Nous la voyons cinq jours avant l'apparition présumée des règles : le cœur est normal, cliniquement et radiologiquement; la tension artérielle est à 13-8 (au Vaquez); il existe une légère tachycardie (96). L'abdomen est douloureux sur tout le trajet du cadre colique, distendu par les gaz; depuis 3 jours les selles sont fréquentes et non moulées. Le traitement au sédo-caréna et carbonates alcalins fait disparaître les troubles en 48 heures. Le mois suivant, on applique préventivement la même thérapeutique, 12 jours avant les règles et jusqu'à l'apparition de celles-ci : aucun trouble ne se produit.

III. — M. F., 38 ans, gros mangeur sédentaire, présente de la somnolence après les repas, somnolence suivie d'une gêne précordiale très pénible. La restriction du régime alimentaire et le bicarbonate de soude sont sans effet. Lorsque nous voyons ce malade, nous constatons simplement une aérogastrie considérable et, au cœur, quelques salves d'extra-systoles. Nous prescrivons le carbonate de bismuth à la dose de 6 grammes à la fin de chacun des deux principaux repas et le sédo-caréna à raison de 6 comprimés par jour. La gêne précordiale disparaît en moins de huit jours et, en quinze jours environ, le malade peut être considéré comme guéri; l'examen ne montre alors qu'une aérogastrie très discrète et il n'y a plus d'extra-systoles.

***

La mise en œuvre de cette thérapeutique complète nous a toujours donné les meilleurs résultats. Elle est facile à utiliser et est toujours bien supportée, même en cures prolongées. Pour éviter aux malades d'absorber de trop nombreux produits, nous avons l'habitude d'administrer l'aminophylline, la papavérine et la phényl-éthyl-malonylurée à faible dose, en association sous la forme de comprimés de sédo-caréna (2 à 6 par jour) et de donner les carbonates absorbants (bismuth, etc.). On peut ainsi, sans le moindre risque d'intoxication, instituer des cures de longue durée.

Ce que nous venons d'écrire s'applique à tous les troubles cardiaques ou pseudo-cardiaques des malades gastro-intestinaux. Ceux-ci ne seront soulagés et guéris qu'à la condition absolue de s'attaquer à tous les éléments pathogéniques du syndrome, quoique celui-ci se présente surtout en clinique comme une manifestation cardio-vasculaire, mais d'ailleurs souvent rythmée par les périodes de digestions.

Mais cela est vrai pour tous les sujets étiquetés « faux cardiaques », quelle que soit la lésion à distance ayant provoqué les troubles cardiaques réflexes : on ne les guérira que par la mise en œuvre d'un traitement agissant également sur la maladie causale, sur le facteur nerveux et sur l'élément cardiaque.

Le Docteur ANTOINE BÉCLÈRE

(7 MARS 1856 — 24 FÉVRIER 1939)

Une grande figure de la médecine française vient de disparaître. Après une courte maladie, le docteur Antoine Béclère est mort subitement, le 24 février dernier, à la veille de ses quatre-vingt-trois ans.

Convalescent, il reprenait, ce matin là, la rédaction d'expériences qu'il avait en cours à l'Institut Pasteur, et qu'il avait dû abandonner pendant ses quelques jours de maladie quand, aux côtés de sa fille, Mlle Antoinette Béclère, il fut brutalement terrassé par une crise cardiaque qui l'emporta en quelques instants.

Cette fin, s'il eût pu s'en rendre compte, l'eût sans doute pleinement satisfait, car il aimait passionnément le travail, ce travail qu'à peine au sortir de son lit il venait de reprendre.

Mourir en travaillant ne pouvait être pour Antoine Béclère que la consécration glorieuse d'un labeur écrasant soutenu sans défaillance au cours de sa longue existence.

Cet amour du travail, il l'avait toujours eu.

Au lycée Bonaparte, il est un élève brillant, aussi bien dans les lettres que dans les sciences, ce qui le fait hésiter, à la sortie du lycée, entre Normale et Polytechnique. La carrière de son père, Claude Béclère, médecin parisien qui aime la médecine, l'emporte finalement.

Dès ses débuts, Antoine Béclère s'enthousiasme pour ses nouvelles études et y apporte toutes les ressources de son inégalable aptitude au travail qui ne doit jamais l'abandonner.

Il franchit rapidement les premiers échelons ; externe en 1875, avec Siredey dont l'amitié fidèle se maintiendra d'une façon émouvante jusqu'au cimetière ; interne en 1877, avec Chauffard, Netter, Guéneau de Mussy, il s'intéresse en même temps qu'à la médecine générale, à la dermatologie, l'ophtalmologie, l'otologie, puis à la pédiatrie et aux maladies contagieuses. Il passe sa thèse en 1882 sur « La contagion de la rougeole », puis étudie la syphilis et la variole. En 1893, il est nommé médecin des Hôpitaux.

Au hasard des remplacements du Bureau central, il tente, l'un des premiers, les traitements endocriniens par les extraits frais de thyroïde dans le myxœdème et de capsules surrénales dans la maladie d'Addison, entreprend des recherches de médecine expérimentale sur l'immunité vaccinale et variolique et sur les accidents postsérothérapiques, travaux dont les conclusions sont devenues classiques.

Nous sommes en 1896, Antoine Béclère a 40 ans. Son existence médicale a été toute clinique et expérimentale : ses travaux lui ont donné une certaine notoriété parmi ses collègues... C'est alors que commence la deuxième phase de sa destinée, celle qui doit le conduire, par un travail acharné, à une réussite merveilleuse, à une renommée grandissante, d'abord en France, puis à l'étranger, et lui assurer, dans la suite, une gloire universelle.

En 1896, Oudin et Barthélemy ont introduit en France la découverte de Roentgen. C'est chez le docteur Oudin, un soir, qu'Antoine Béclère prend contact pour la première

fois avec les ombres animées que l'écran radioscopique lui révèle dans le thorax d'une ancienne tuberculeuse.

Le spectacle offert là provoque son enthousiasme ; il a littéralement le coup de foudre ; il entrevoit tout de suite l'immense intérêt de ce nouveau procédé d'examen pour le diagnostic médical et, pendant trente ans, il va consacrer ses meilleures forces à en étudier passionnément toutes les possibilités.

Il prend des leçons de physique, revient souvent se documenter chez Oudin et établit, à ses frais, la première installation de Rayons X dans les hôpitaux en employant comme source électrique, d'abord la machine statique, dans son service de Tenon, puis, l'année suivante, à l'hôpital Saint-Antoine, la bobine de Rhumkorff alimentée par des accumulateurs.

Il découvre les lois d'adaptation visuelle à l'obscurité et formule les règles à observer pour obtenir la sensibilité rétinienne et l'acuité visuelle nécessaire à l'examen des images faiblement lumineuses de l'écran radioscopique.

Tous les malades de son service sont dorénavant « passés aux rayons X », d'abord pour les poumons, le cœur et l'aorte, puis à mesure que la méthode se perfectionne, pour les organes viscéraux et plus tard pour la recherche des tumeurs de l'encéphale.

En même temps qu'il s'instruit, Antoine Béclère fait généreusement profiter les autres de ses progrès : il établit peu à peu au moyen de nombreuses publications la mise au point radiologique des différents chapitres de la clinique.

Pendant trente ans, inlassablement, il professe son cours de Radiologie médicale qui est suivi par tous ceux qui veulent pratiquer cette spécialité. De tous les pays, des médecins viennent l'entendre.

Il crée, avec quelques élèves, dont certains sont devenus des Maîtres, la Radiologie Française, et son enseignement devient célèbre dans le monde entier.

Et tout cela, pourtant, a dû s'effectuer dans les plus mauvaises conditions. Il a fallu créer le matériel radiologique ; le châssis porte ampoule et porte écran, le diaphragme iris, l'indicateur d'incidence, la cassette porte plaque, le mesureur d'étincelles ou spintermètre. Et cela sans aucun secours de l'Assistance Publique qui a, comme règle, de n'accepter que les méthodes consacrées par l'usage, laissant systématiquement les novateurs se débattre dans des difficultés matérielles misérables, que seules une âme bien accrochée et une volonté sans défaillance peuvent arriver à surmonter.

Le docteur Béclère possède heureusement l'une et l'autre. Sa ténacité et son enthousiasme viennent à bout de tous les obstacles.

Faute de locaux, il doit se contenter de la Radioscopie, et c'est presque uniquement sur les données de celle-ci qu'il établit toutes les descriptions qu'il donne des affections pulmonaires, vasculaires et digestives, pour ne citer que les principales.

Du premier coup, ces descriptions se trouvent exactes. Grâce au perfectionnement des techniques, d'autres ont pu, depuis, les étendre et les détailler, mais tout le fond de l'œuvre de radiodiagnostic de Antoine Béclère reste, sans rien en retrancher, pure de toute erreur et sans même une fausse note.

Ce sens immédiat de l'exactitude, il le doit à son immense bagage clinique qui, dès ses premiers contacts avec la Radiologie, se manifeste par des principes, demeurés intacts, quoique, pour l'heure, assez mal appliqués. D'après A. Béclère, la radiologie ne peut à elle seule assurer un diagnostic ; elle doit s'étayer sur la clinique. Le diagnostic est une œuvre de jugement qui s'établira en dernier ressort par celui qui, outre les résultats radiologiques, possédera ceux que fournissent l'interrogatoire du malade, la percussion, la palpation, l'auscultation, et aujourd'hui aussi les procédés de laboratoire.

Les travaux d'A. Béclère se poursuivent de 1898 jusqu'à la guerre, d'abord avec Oudin et Barthélemy, puis sans collaboration aucune... Ce sont, outre de nombreuses communications, de petits livres ou des rapports de Congrès : Les Rayons de Roentgen et l'anévrysme de l'aorte. — Les Rayons de Roentgen et le diagnostic de la tuberculose. — Le diagnostic des affections thoraciques. — Les Rayons de Roentgen et le diagnostic des affections thoraciques non tuberculeuses. — La Radioscopie et la Radiographie des organes splanchniques. — Les Rayons de Roentgen et le diagnostic des maladies internes. — Le diagnostic des affections du tube digestif (pour n'en citer que quelques-uns).

Mais le radiodiagnostic n'est pas seul à retenir l'attention d'A. Béclère. Dès 1900, il y ajoute la radiothérapie. Pendant un an, il traite à son domicile privé tous les malades d'hôpital avant d'obtenir, à Saint-Antoine, l'installation nécessaire.

En 1902, Holzknecht apporte son quantitomètre au IIe Congrès d'Electrologie et de Radiologie, à Berne. — A. Béclère part aussitôt pour Vienne afin de se documenter auprès de Holzknecht lui-même et de Kienböck et il rapporte le précieux instrument de mesure.

Il est ainsi un des premiers à obtenir des résultats radiothérapiques sur les leucémies (1905), les fibromes utérins (1908), les tumeurs de l'hypophyse, les séminomes, la maladie de Basedow, les cancers, la lymphogranulomatose.

Son activité est prodigieuse.

Il se tient au courant des publications étrangères. Sachant à peine l'allemand et pas du tout l'anglais, il traduit et écrit entièrement en français le livre de Williams et celui de Holzknecht. Il procèdera ainsi durant toute sa carrière, multipliant les traductions, accumulant les documents et les notes qu'il parviendra au bout de peu d'années à lire à livre ouvert. Il laisse derrière lui une série d'épais cahiers, couverts de sa petite écriture ferme et régulière, rédigés sans une rature et contenant les résumés de tout ce qui s'est publié en Radiologie, soit en France, soit à l'étranger, depuis la guerre.

Ce travail poussé à l'extrême, parfois jusqu'à des heures avancées de la nuit, lui permet d'acquérir une énorme érudition qui le rend propre à intervenir avec succès dans les discussions scientifiques des nombreuses sociétés qu'il fréquente. Il n'en avait conçu aucun orgueil, et demeurait d'une grande modestie, d'un parfait désintéressement, déclinant même les distinctions qu'on lui proposait.

C'est ainsi qu'en 1921 il refuse la médaille que ses élèves désirent lui offrir lorsqu'il quitte l'hôpital Saint-Antoine.

Des honneurs, il connaît ceux-là seulement qui viennent à lui à son insu, et il est même très étonné d'en être l'objet. Pourtant les honneurs sont venus à lui et son titre de Commandeur de la Légion d'Honneur en est la preuve ; tant il est vrai qu'un mérite éclatant finit toujours par s'imposer.

En 1925, il est élu Président de l'Académie de Médecine, dont il avait été reçu membre dès 1908. En 1931, il est Président du IIIe Congrès International de Radiologie, tenu à Paris, auquel il se donne corps et âme et qui connaît un très vif succès. Il en avait été élu Président par acclamations trois ans auparavant, au Congrès de Stockholm.

Car son prestige à l'étranger était immense et pourtant constamment insoupçonné par sa modestie.

Il était membre d'honneur de 140 sociétés savantes étrangères et de nombreuses sociétés françaises. Il avait été

le premier Président de la Société de Radiologie Médicale de France, société qu'il avait fondé avec quelques-uns de ses élèves, comme il devait fonder aussi le « Journal de Radiologie ».

En 1936, à l'occasion de ses 80 ans, le professeur Hans Meyer, de Brême, et le professeur Schinz, de Zürich, voulant lui témoigner leur sympathie et leur admiration, pensent à fêter ses 80 ans. Ils veulent dédier un numéro spécial de la « Strahlenthérapie » au grand Béclère et à son insu — car il l'apprend fortuitement trois mois après —, ils demandent aux Radiologistes leur collaboration à ce « Fiestschrift ». 123 articles dédiés au Doyen des Radiologistes arrivent de 29 nations.

C'est le point de départ de la réunion jubilaire du 10 mai 1936 autour d'Antoine Béclère où, de France et du monde entier, lui arrivent une foule de témoignages d'une affectueuse admiration, apothéose que caractérisent bien ces mots écrits par un éminent étranger : « Aucun radiologiste au monde n'a réuni autour de lui autant de respect et d'affection qu'Antoine Béclère ».

La place me manque pour parler des études expérimentales qu'il avait reprises après sa mise à la retraite des hôpitaux, et qu'il poursuivit pendant de longues années à l'Institut du Radium et à l'Institut de Vaccine, ni du rôle important qu'il avait joué pendant la guerre en instruisant les nombreux médecins radiologistes qu'exigeaient les formations militaires de l'avant. Ce ne sont pas là les moindres fleurons de sa couronne.

Là comme ailleurs, il se montra toujours le même, curieux de toutes les nouvelles expériences, tenace et fortement attaché à son labeur opiniâtre. A ces qualités, il joignait les vertus qui caractérisent les grands savants : une probité scientifique et morale extrême dans sa vie professionnelle comme dans sa vie privée et aussi une bonté véritable qui s'exerçait sur ses malades, ses élèves et ses amis.

Dans les sociétés qu'il continuait de fréquenter, il prenait souvent part aux discussions et était toujours religieusement écouté. Il parlait d'une voix douce, lentement, sans heurts, en termes courtois et mesurés, mais quand il pensait avoir raison, il tenait tête aux contradictions les plus déchaînées, sans toutefois se départir de son calme.

L'importance de son œuvre éminemment originale et novatrice, ne l'a pas empêché de se livrer de tout son cœur à ses obligations paternelles. Nous savons le vide cruel que sa mort a créé, par l'émotion que nous avons pu constater chez ses enfants quand ils nous montrèrent récemment l'austère cabinet de travail de leur Père et nous permirent de deviner l'union tendre et fidèle qui régnait au foyer familial.

Une consolation leur demeure, c'est de continuer la lignée d'un grand savant, admiré et respecté du monde entier et de porter le nom d'un homme infiniment probe qui mit au service d'une mission qu'il s'était donné lui-même, la plus haute conscience, le désintéressement le plus absolu et la plus entière intégrité scientifique.

GEORGES RONNEAUX.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales, par Achille URBAIN. 2e édition, révisée et augmentée. Un vol. de 146 pages. A Paris, chez Masson et Cie, 1938. Prix : 28 francs.

Les fractures récentes, fermées, de l'extrémité inférieure du fémur chez l'adulte, par les docteurs J. LONGUET et Ch. MARDRUS. Un vol. de 170 pages, avec 136 fig. ou radios. A la librairie Maloine, 1938. Prix : 70 francs.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANTHRAX DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

Signes — Évolution — Traitement

Il est des cas où l'anthrax de la lèvre supérieure évolue comme une lésion circonscrite et guérit dans les délais normaux sans donner de complications.

Mais la lèvre supérieure est un territoire d'élection pour la rapide atteinte par un processus phlébitique des réseaux, puis des pédicules tributaires de la veine faciale. Et la lésion d'abord circonscrite, puis régionale, peut devenir envahissante et se compliquer de phénomènes septico-pyohémiques de pronostic trop souvent mortel.

Décrit à juste titre au nombre des staphylococcies malignes de la face, l'anthrax de la lèvre supérieure comporte nécessairement un pronostic réservé.

DEBUT

Souvent, par une lésion d'aspect banal, prurigineuse, que le malade considère comme insignifiante.

Mais, soit à l'occasion de manipulations intempestives, soit spontanément, l'évolution brusquement s'aggrave.

Des signes généraux : courbature, céphalée, température.

Des signes locaux : extension de l'œdème au sillon nasogénien marquent cette aggravation.

Alarmé par ces symptômes, le malade vient consulter. Dès ce moment d'ailleurs, l'aggravation fait des progrès rapides, et vingt-quatre heures plus tard l'aspect est devenu tout à fait caractéristique.

ETAT

Localement. — D'un côté de la ligne médiane, la lèvre supérieure est déformée par une tuméfaction rouge vineuse, souvent centrée par un semis de pustules roussâtres, enchâssées dans l'œdème. Au palper, la tuméfaction se présente comme un placard dur, rigide. Cette consistance cartonnée s'atténue aux limites de la tuméfaction. La peau est chaude, le moindre contact est douloureux. Les ganglions sous angulo-maxillaires sont gros, empâtés, sensibles.

Plus accentuée au niveau de l'anthrax, cette tuméfaction ne s'y limite pas. En quelques heures elle peut gagner l'autre côté de la lèvre supérieure, combler entièrement le sillon noso-genien, s'étendre à la joue.

Le lendemain elle remonte aux paupières et peut atteindre le front.

L'œdème de l'aile du nez gêne l'inspiration nasale, et le malade respire par la bouche entr'ouverte.

L'œil est fermé par un œdème inflammatoire, rosé, translucide des deux paupières qui forment une saillie globuleuse sous la voûte orbitaire.

Si l'on parvient à l'entrouvrir, on découvre un chémosis éversant la paupière inférieure, un œdème sous conjonctival prononcé, une protrusion des globes oculaires de fâcheux pronostic.

Du point de vue général. — Le malade tantôt conscient souffrant d'une céphalée vive, tantôt prostré, obnubilé, présente :

une température à 39°-40°;
un pouls rapide et mou;
des urines rares;
un aspect profondément intoxiqué.

Au total :

— Un anthrax typique dont les cratères laissent apparaître des masses bourbillonneuses.

— Autour de lui, une tuméfaction indurée, chaude, douloureuse de toute l'hémiface correspondante, et qui traduit l'extension par voie veineuse.

— Enfin des phénomènes toxi-infectieux d'ordre septicémique. Tel est l'aspect de ce malade.

La gravité de la situation ne fait pas de doute et les traitements les plus divers sont mis en œuvre pour enrayer une évolution qui paraît très sombre.

EVOLUTION

Divers modes évolutifs sont possibles.

L'évolution peut être suraiguë, septicémique, mortelle en trois, quatre, ou cinq jours.

Elle peut être aiguë, durant une semaine, pendant laquelle l'infiltration locale se ramollit et s'ouvre par endroits.

Elle peut être subaiguë, voire même traînante, entrecoupée de manifestations métastatiques.

Dans le premier cas, la mort peut être le fait d'une extension générale de l'infection qui franchit les étapes sans donner de localisation.

Mais la topographie spéciale de l'infection et le régime veineux particulier de la région, commandent souvent l'apparition précoce d'un syndrôme nommé caverneux et que traduisent localement : le chémosis;

l'œdème des paupières;

la protrusion des globes oculaires;

sans troubles marqués de la vision;

avec parfois parésie ou paralysie de la VIe ou de la IIIe paire cranienne.

Le malade présente, en outre, des signes nerveux : céphalée, vomissements, parfois agitation et raideur.

Ce groupement symptomatique : stase veineuse orbitaire — atteinte des nefs craniens —, phénomènes de pyémie accompagnés ou non de troubles cérébraux est classiquement la traduction d'une thrombo-phlébite du sinus caverneux, presque constamment mortelle.

Des travaux récents appuyés sur des constatations cliniques et anatomiques mettent en doute la constance de cette relation.

Certains syndromes caverneux typiques ont évolué sans phlébite vraie, alors que de vraies phlébites dûment constatées à l'autopsie n'avaient donné lieu à aucun des signes classiques.

Il conviendrait, en conclusion, d'apporter plus de réserve dans le pronostic et les appréciations des indications chirurgicales.

En dehors de la phlébite caverneuse comme complication et cause d'exophtalnie, dans les staphyloccies malignes de la face, il y a l'œdème inflammatoire du fonds de la cavité orbitaire. Cette cellulite de l'orbite peut se résorber ou aboutir au phlegmon de l'orbite.

A côté des cas où l'évolution se fait de proche par extension progressive de la thrombo-phlébite, il en est d'autres où l'infection serait conduite par embolie au sinus caverneux, cette redoutable complication se révélerait alors brusquement sans que rien n'en paraisse à l'examen de la face.

Tels sont les différents types évolutifs : aigus ou suraigus, terminés par une phase septicémique ou par une complication thromo-phlébitique, traînante et qui guérit souvent après une longue évolution.

Rappelons que dans ce dernier cas d'autres manifestations métastatiques ont le temps de se développer, dont l'une marquera parfois la terminaison de la maladie.

Il importe, en outre, d'insister sur la coexistence fréquente d'un *diabète* avec une telle lésion. Ce n'est pas là une forme clinique spéciale. Mais à côté de la notion courante qui admet l'apparition de l'anthrax chez un diabétique, nombre d'observations montrent le déclenchement d'un trouble glycorégulateur au cours d'une infection staphylococcique grave. Ceci ne change rien aux indications habituelles et impératives du traitement insulinique, mais confirme avec netteté la fréquence d'un diabète transitoire au cours de toute infection sévère. On ne se contentera pas de l'examen systématique des urines au début, mais d'examens répétés, et aussi de glycémie, surtout si l'état général devient alarmant.

DIAGNOSTIC

On ne s'attardera pas aux discussions diagnostiques, si tant est qu'elles existent en ce cas. L'aspect de la lésion, son évolution rapide, et l'apparition souvent précoce de complications régionales offrent des traits suffisamment caractéristiques.

Le pronostic est par contre d'une réelle impossibilité. Même ayant reconnu le caractère de malignité de l'évolution on ne peut en conclure que celle-ci sera mortelle.

Et l'on a vu quelles réserves, il fallait apporter à l'interprétation du syndrome caverneux.

On retiendra dans tous les cas l'importance du facteur septicémique, qu'il soit la cause efficiente, ou la conséquence de la lésion initiale, sachant bien qu'une guérison locale reste assombrie par la menace de réveils de l'infection générale, avec métastases lointaines.

Retenons aussi que l'anthrax de la lèvre supérieure n'est qu'un aspect isolé des staphylococcies malignes de la face. D'autres localisations : aile du nez, sillon naso-génien, lui sont en tout superposables.

Le traitement de pareilles lésions est souvent décevant et les multiples thérapeutiques employées n'ont pas une efficacité exclusive.

Il semble que la chirurgie, thermocautérisation, ligature de la veine faciale soit incapable d'enrayer les progrès, lorsque l'extension peut être décelée; dans d'autres cas, elle représente une mutilation inutile.

Beaucoup d'auteurs accordent leurs préférences à une vaccinothérapie énergique : propidon, anatoxithérapie.

D'autres recourent à la chimiothérapie, sous les modalités les plus diverses.

Dans tous les cas l'insulinothérapie doit être pratiquée. La radiothérapie a été récemment très employée, et semble avoir donné de bons résultats.

Mais l'emploi simultané de tous ces moyens dans les cas graves ne permet pas de leur attribuer une valeur respective.

JACQUES REIGNIER.

Pallas. — La livraison du 15 janvier 1939, de *Pallas*, le grand magazine illustré publié par notre confrère le docteur Crinon, vient de nous parvenir.

Le professeur Delannoy (de Lille) ouvre le numéro par un bel article consacré au *professeur Lambret.* C'est un magnifique film où l'on voit l'illustre chirurgien de face, de profil, de trois-quarts, etc. Une seule chose ne change pas, c'est l'aimable sourire de M. Lambret, ce sourire qui accueille les amis et réconforte les opérés.

Le docteur Louis Mourier, ancien sous-secrétaire d'Etat, sénateur et président du Conseil général du Gard, était tout à fait qualifié pour nous faire part de ses réflexions, pleines de philosophie, sur *le médecin et la vie publique.*

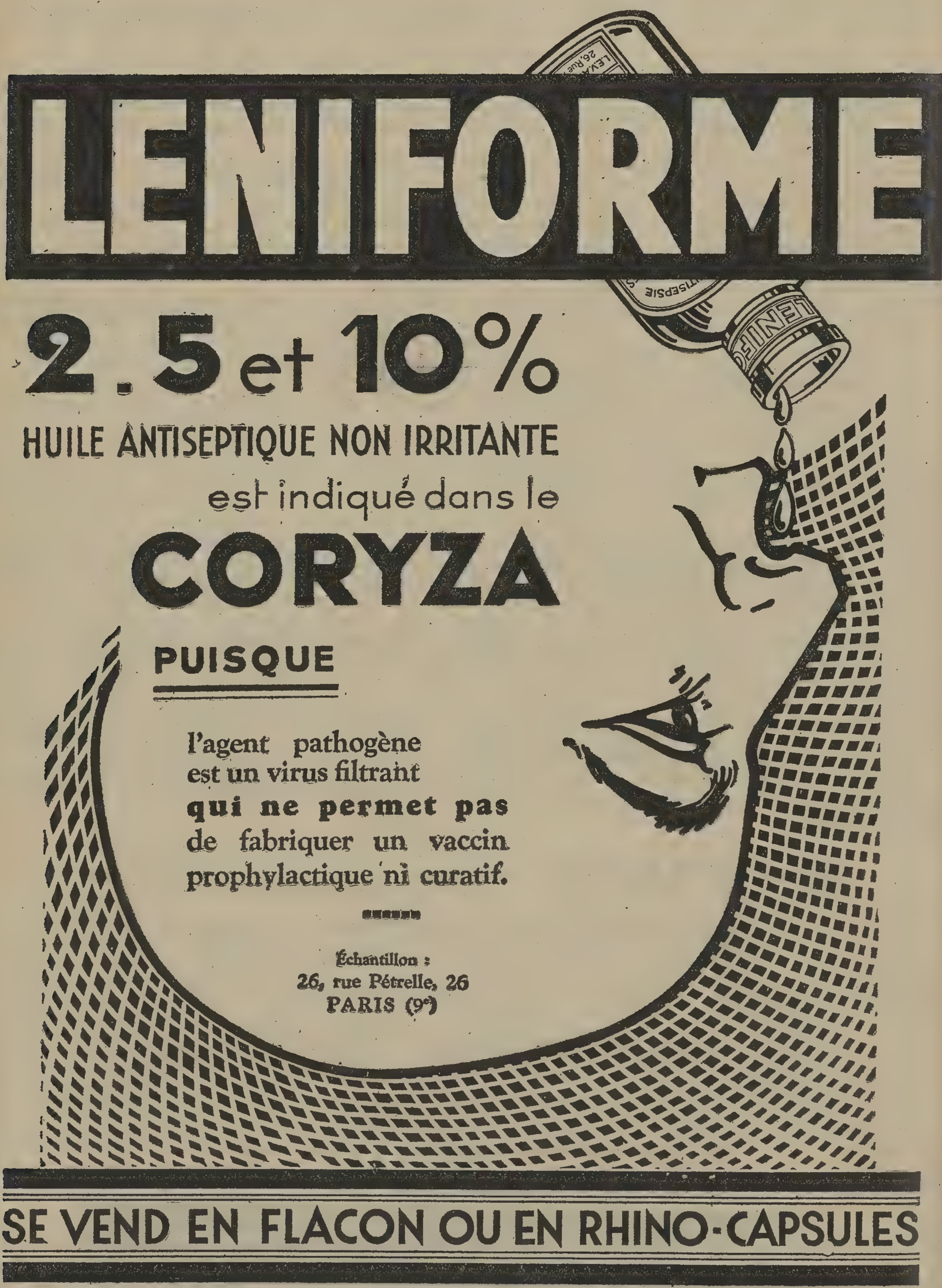
Comme d'habitude, d'excellents articles ou nouvelles de Mme Beaumont, de M. Abensour, de M. de Caters et même de Crinon...

Quant à la magnificence de la publication, je renonce à en parler, ayant précédemment épuisé toutes les épithètes possibles...

F. L. S.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

IMP. DE VAUGIRARD, 152, rue de Vaugirard, Paris 1939.


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N° 24. — SAMEDI 25 MARS 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.

La hernie postérieure des disques intervertébraux lombaires, par MM. BERGOUIGNAN et CAILLON (de Bordeaux). (*A suivre*).

CHRONIQUE.

Médecine et famille. — Une adresse à M. le Président du Conseil, à propos des avortements criminels.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine. — Académie de chirurgie.

ACTTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des Hôpitaux. — Nomination.* — 1er concours, 1re épreuve clinique.

Séance du 20 mars. — MM. Rudler, 14 ; Mialaret, 19 ; Aboueker, 14 ; Longuet, 18.

Séance du 21 mars. — MM. Cordier, 13 ; Padovani, 20 ; Petit, 17 ; Baumann, 19.

Jury du concours de l'Internat en Médecine : pour l'hospice de Brevannes, pour Garches (Hospice Raymond Poincaré, Asile d'Hendaye.

Fondations : Ste-Périne, Chardon-Lagache. — MM. Pichon, Lamy et Fèvre.

Hôpitaux de Seine-et-Oise. — Il sera ouvert le 15 mai 1939, un concours pour la nomination de 30 internes titulaires et de 20 internes provisoires des hôpitaux du département de Seine-et-Oise. Conditions. Nationalité française, 16 inscriptions (ou 12 pour les externes des hôpitaux de Paris).

Renseignements et inscriptions à la Préfecture de Seine-et-Oise (4e division) avant le 25 avril 1939.

Institut du cancer de la Faculté de médecine de Paris. — Il est ouvert le 17 avril 1939, un concours pour pourvoir à cinq places vacantes d'Internes titulaires et éventuellement à la désignation d'Internes provisoires au Groupe Hospitalier : Institut du Cancer, Hospice Paul Brousse, Maison de Retraite E. Deslandres, 14 et 16 bis, avenue Vaillant-Couturier, Villejuif.

Pourront y prendre part : les externes des Hôpitaux de Paris, les étudiants en médecine titulaires de 10 inscriptions, n'ayant pas dépasser 27 ans révolus au 1er juin 1939.

Pièces à produire : acte de naissance, certificat de revaccination, certificat attestant que l'Interne et revaccination, certificat attestant que l'Interne est Externe des Hôpitaux ou titulaire de 10 inscriptions.

Les inscriptions sont reçues à la Préfecture de la Seine, 1er Bureau, annexe Lobeau, escalier A, 1er étage, porte 227, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures (samedi après-midi et dimanche exceptés) du 6 au 18 mars inclus.

Epreuves du Concours : 1°) Une épreuve écrite de 4 heures sur : l'Anatomie, la Pathologie médicale, la Pathologie chirurgicale ; 2°) Une épreuve orale de 5 minutes sur : la Pathologie médicale ou la Pathologie chirurgicale ; 3°) Une épreuve clinique consistant en un examen de malade ; 4°) Une épreuve pratique d'anatomie-pathologique.

La situation des Internes est la suivante : Durée du stage : 2 ans avec possibilité de prolongation de une ou deux années sur la présentation d'un travail scientifique.

Traitements : de 9.500 à 10.300 majorés d'un supplément temporaire de : 2.400 frs.

A ces traitements s'ajoutent des indemnités de résidence : 2.700, de déplacements : 900, de charges de famille.

Les Internes sont, en principe, logés sur place dans le cadre agréable de 2 salles de gardes toutes neuves.

Ils subissent de ce fait une retenue de : 980 frs par an sur leur traitement et une retenue de 13,75 sur l'indemnité de résidence.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à l'Econome de la Salle de Garde, Institut du Cancer à Villejuif (Seine).

Faculté de médecine de Paris. — La chaire de la clinique ophtalmologique est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le professeur Etienne Martin, titulaire de la chaire de médecine légale sera admis à la retraite à partir du 30 septembre 1939.

— Dimanche 26 mars, aura lieu, à Lyon, la remise à M. le professeur Tixier, d'un livre jubilaire auquel une centaine de professeurs de France et de l'étranger ont apporté leur collaboration.

Faculté de médecine de Marseille. — Le prix JULES et LOUIS JEANBERNAT est décerné à M. Sauvigne.

Le prix RENÉ LAZARE est décerné à M. Masselot.

Le prix des PROFESSEURS, la médaille d'or (Médecine), est décernée à M. Pierre Battesti. La médaille d'or (Pharmacie), est décernée à Mlle Faujas.

PRIX DE THÈSE. — (Année scolaire 1937-1938). *Chirurgie :* médaille d'argent M. GRANJON, médaille de bronze M. ZANANIRI ; *Médecine :* médaille d'argent M. BOUDOURESQUES, médaille de bronze M. HO-TA-KHANH ; *Pharmacie :* médaille d'argent M. RAYBAUD, médaille de bronze Mme LATREILLE, MM. THÉBAUD, PETIT, AUDREY ; *Biologie :* médaille d'argent M. JULLIEN, médaille de bronze M. ARNOUX ; mentions honorables M. AUCLER et Mme RAYBAUD.

PRIX DE LA NATIONALE RÉGLEMENTATION : M. COMBETTE.

Ecole de médecine de Grenoble. — Après concours, M. le docteur Ledru, a été nommé professeur des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Ecole française de Stomatologie. — Un concours pour une place de professeur adjoint d'Orthodontie, aura lieu le mardi 18 avril 1939. S'inscrire avant le 16 avril 1939 à midi au bureau du Secrétariat de l'Ecole, 20, passage Dauphine à Paris.

La semaine nationale de la sécurité organisée à Paris, par l'Œuvre pour la Sécurité et l'Organisation des Secours, sous le patronage de M. le Président de la République et du Gouvernement, aura lieu du 11 au 18 juin 1939.

Les différents aspects de la Sécurité y seront évoqués, notamment les problèmes concernant l'Incendie et la Défense Passive, la sécurité dans les transports, la sécurité dans le travail (accidents du travail et maladies professionnelles).

Sur tous ces ordres de questions, les suggestions et propositions peuvent être, dès maintenant adressées au Commissariat Général de la Semaine, au Grand-Palais Porte H, avenue Alexandre III, Paris.

Une Exposition éducative sera organisée durant la Semaine dans les locaux et les sous-sols de la Gare des Invalides.

CHRONIQUE

MÉDECINE ET FAMILLE
(84, rue de Lille, Paris VIIᵉ)

Médecine et famille nous communique l'adresse suivante :

A Monsieur le Président du Conseil.

Considérant que les désastres de septembre et de mars sont la conséquence de la situation démographique de la France et qu'il est inutile de poursuivre une politique de défense impériale si cette politique démographique n'est pas redressée,

Que les 600.000 assassinats d'enfants que sont les avortements criminels, compromettent chaque année de plus en plus l'avenir du Pays,

Médecins et Pharmaciens Français, en accord avec leurs grandes associations et l'Académie de Médecine, supplient le Chef du Gouvernement de faire en sorte que les nouveaux décrets-lois assurent la défense du Pays, en engageant désormais une politique de la Famille et une lutte implacable contre les avorteurs criminels avec des moyens en rapport avec les circonstances exceptionnellement tragiques.

Les pères et mères de familles nombreuses qui seuls, et à la place de ceux qui ont refusé de transmettre la vie, ont des charges écrasantes, pourront avec les décrets-lois pour la défense du pays, poursuivre tout leur devoir, grâce à une meilleure situation morale et matérielle, en assurant l'avenir de la France.

Paris, le 18 mars 1939.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Ch. Reboul, médecin major de 1re classe en retraite des troupes coloniales à Toulon.

— Le docteur Louis Rougon, à Entraigues.

— Le docteur Tichet, à Fournols (Lozère).

— Le docteur Roger Penaud, président de la section de Bordeaux, de l'Association des anciens élèves de l'Ecole principale du S. S. de la Marine.

M. André Bertaut-Blancard, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre, pharmacien de 1re classe, président honoraire de l'Union des fabricants, vice-président de la Chambre syndicale des produits pharmaceutiques, ancien membre secrétaire de la Chambre de Commerce de Paris.

REVUE GENERALE

Une étiologie peu connue des névralgies sciatiques

LA HERNIE POSTÉRIEURE DES DISQUES INTERVERTÉBRAUX LOMBAIRES

Par MM. BERGOUIGNAN et CAILLON (de Bordeaux)

Les acquisitions modernes touchant la pathogénie de la névralgie sciatique se réduisent à peu de chose : les études radiographiques les plus minutieuses du squelette sacro-lombaire, les études biologiques les plus complètes n'ont guère apporté de renseignements utiles : elles ont permis de confirmer certaines étiologies que nos devanciers, cliniquement, avaient établies, et d'ébaucher d'autres pathogénies souvent discutables : malformations osseuses, sacralisation, etc.

Au rebours d'autres affections, la sciatique primitive demeure un « caput mortuum » disparate : elle englobe toutes les algies sciatiques qui ne font pas leur preuve, c'est-à-dire 90 % des névralgies sciatiques (Weissenbach et Françon). On a beau jeu de les qualifier de sciatiques rhumatismales, de sciatiques cryptogénétiques, de sciatiques-maladies, qui ne traduisent que notre ignorance, et de les rapporter sommairement à une funiculite (Sicard) ou à une arthrite apophysaire (Putti) dont l'existence paraît certaine, mais la responsabilité bien inconstante. On peut faire plus et mieux : il faut savoir incriminer parfois la hernie postérieure des disques intervertébraux lombaires ou migration intrarachidienne du noyau gélatineux, mettre en évidence cette lésion par un lipiododiagnostic sous arachnoïdien et lui opposer une thérapeutique efficace.

HISTORIQUE

Les premières constatations anatomo-cliniques de hernie postérieure des disques intervertébraux sont déjà anciennes, mais n'avaient guère retenu l'attention jusqu'aux travaux de Schmorl.

Dès 1857, Virchow parle d'un « bourgeon de cartillage issu d'un disque intervertébral sous l'effet d'un traumatisme ». Kocher, en 1896, observe une autre luxation traumatique de disque intervertébral. Oppenheim, en 1904, Middleton et Teacher, en 1911, décrivent dans le canal rachidien des masses chondromateuses, de constitution analogue à celle du disque, déterminant des compressions médullaires : ils pensent qu'il s'agit là de formations néoplasiques. Goldthwaith soupçonne dès cette époque que ces formations atypiques sont à l'origine de maints lumbagos et de maintes sciatiques ; mais l'hypothèse de leur nature tumorale prime : Potel et Vaudeau, en 1913, Steinke, en 1918, en rapportent de nouveaux cas étiquetés fibrochondromes ; Delagenière, en 1923, Ott et Adsom adoptent les mêmes conceptions ainsi que Stookey, Bucy et Bailey.

Cependant, un travail de révision histologique et embryologique est entrepris : certains auteurs pensent qu'il s'agit de restes embryonnaires de la notochorde et proposent le terme de chordome, qui doit en réalité être réservé à une toute autre catégorie de formations pathologiques ; d'autres, au contraire, sont frappés de la bénignité de ces nodules et de la similitude de leur structure avec celle du disque normal : ainsi, Elsberg propose le terme d'ecchondrose pour les désigner, Alajouanine et Petit-Dutaillis parlent de nodule fibro-cartilagineux, qui ne préjuge pas de la nature exacte de ces formations.

A cette époque déjà, les travaux anatomiques de Schmorl et de son élève Andrœ projettent sur la question des lueurs nouvelles : à partir de 1925, ces auteurs étudient systématiquement des centaines de colonnes vertébrales prélevées à l'autopsie et notent que 15 % d'entre elles présentent de petits nodules saillants à la face postérieure des disques intervertébraux dans le canal rachidien : le volume de ces nodules varie d'un grain de blé à une noisette, et il est vraisemblable qu'ils n'ont habituellement pas de traduction clinique ; Schmorl admet qu'il s'agit là de hernies postérieures du disques intervertébral ou, du moins, de sa partie centrale, semi-fluide, le *nucleus pulposus*, et leur attribue une origine traumatique.

La distinction avec les chondromes ou les myxochondromes de la colonne vertébrale était acquise et la fréquence de ces hernies du disque était un fait établi : il semblait également que les cas latents dussent en être les plus nombreux, et que la symptomatologie clinique parfois réalisée fût celle d'une compression médullaire. De fait, de nombreuses observations de compression médullaire sont rapportées par Dandy, par von Pechy, Klinge, Kortzeborn, par Calvé, Galland, par Petit-Dutaillis, et la brillante monographie de Mauric, en 1933, fait le point des notions acquises à cette date.

Dans ces dernières années, l'intérêt se déplace : c'est moins le tableau de la compression médullaire qui retient l'attention que celui plus difficile à interpréter à priori des névralgies sciatiques : il s'avère que la hernie nucléaire postérieure est infiniment plus fréquente au niveau des dernières pièces lombaires qu'aux autres étages du rachis, et qu'elle est souvent responsable de névralgie sciatique unilatérale apparemment primitive : si le tableau clinique est on ne peut plus banal, l'exploration lipiodolée sous-arachnoïdienne réalisée dans certaines conditions peut fournir une image pathognomonique de la lésion. Au fur et à mesure que ces détails symptomatiques sont mieux connus, les observations suivies d'intervention et de guérison se multiplient : par exemple, les neuro-chirurgiens de la Mayo Clinic, Löve et Walsh, qui n'avaient pendant plusieurs décades rencontré que quelques cas exceptionnels de hernie postérieure du disque, ont, en quelques mois, grâce au perfectionnement des méthodes d'exploration, pratiqué 100 laminectomies — dont 88 lombaires — pour hernie du nucleus avec 100 % de succès (statistique publiée en juillet 1938).

En France, Glorieux a publié récemment une excellente monographie : « La hernie postérieure du mé-

nisque intervertébral », où il s'attache tout particulièrement à établir que « contrairement à l'avis unanime des auteurs, le tableau clinique et radiologique permet fréquemment d'établir *in vivo* le diagnostic de la hernie nucléaire avant toute intervention et que, dans certains cas, le tableau radiologique est pathognomonique et suffit à lui seul à établir le diagnostic ».

Nous-mêmes avons pu recueillir au cours de ces derniers mois trois observations de sciatique par hernie de disques intervertébraux que l'on trouvera détaillées dans la thèse de notre ami Monaque.

ESSAI PATHOGENIQUE

Rappel anatomique. — Les disques vertébraux s'interposent entre les vertèbres pour constituer une articulation du type amphiarthrose parfaite.

Ils sont limités en haut et en bas par la mince lame cartilagineuse qui recouvre les faces inférieure et supérieure des vertèbres. Chaque disque plus ou moins biconvexe est formé de deux portions :

L'une périphérique, fibreuse et élastique, constitue une sorte d'anneau formé de fibres entrecroisées qui s'insèrent sur le corps vertébral et sur lequel se fixent les ligaments communs vertébraux antérieur et postérieur. Cette partie périphérique complètement close contient en son centre une formation gélatineuse biconvexe elle aussi, constituée par des tractus conjonctifs contenant des cellules représentant les reliquats de la corde dorsale : c'est le nucleus pulposus.

Cet organe enfermé sous pression dans sa prison élastique subit la poussée de toute la partie du corps sus-jacente ; c'est son irruption en dehors de ses limites normales qui constitue, suivant le trajet emprunté, les diverses variétés de hernie.

Hernies intravertébrales supérieures ou inférieures.

Hernies antéro-latérales, très rares.

Hernies postérieures intrarachidiennes : les seules qui nous intéressent.

Etiologie. — Deux ordres de faits peuvent intervenir dans la production de ces hernies :

La faiblesse de l'anneau fibreux.

L'augmentation brusque et intense de la pression supportée par le nucléus.

La nature des processus pouvant diminuer la résistance de la capsule fibreuse n'est pas nettement déterminée. On pense que l'âge du malade est un facteur important (disque sénile de Mauric, fréquence des hernies vers l'âge de 50 ans), mais que les maladies générales peuvent aussi marquer l'anneau fibreux de leur empreinte et de récents travaux allemands décrivent même des altérations électives.

Le traumatisme qui crée la surpression est essentiellement variable, depuis le choc direct ou la surcharge considérable du rachis jusqu'au simple mouvement qui consiste à redresser le tronc fléchi. Les auteurs français (Petit-Dutaillis, Mauric) invoquent cette étiologie dans 35 % des cas. Les Américains (Love, Camp, Barr et Hawk) donnent des chiffres allant de 33 à 77,5 %. Par contre, Stookey, sur 7 observations, ne peut retenir aucun antécédent traumatique, ni la notion d'une activité professionnelle imposant des efforts à la colonne vertébrale, dans l'histoire de ses malades. Glorieux, sur 25 cas, retrouve 9 fois un traumatisme il en conclut que les hernies traumatiques donnent plus fréquemment une symptomatologie clinique que les cas spontanés. Il semble qu'on puisse admettre une étiologie traumatique dans les deux tiers des cas environ. Bien entendu, il est permis de penser que l'association : traumatisme, faiblesse de l'anneau, entre en jeu dans la plupart des cas ; l'expérimentation a d'ailleurs confirmé ce point de vue.

Fréquence. — Quant à la fréquence de ces hernies, il est difficile de la traduire par des chiffres, tous les auteurs s'accordant pour reconnaître que le nombre de cas qu'ils ont observés s'est singulièrement accru du jour où ils ont systématiquement recherché cette affection. Les dernières statistiques semblent indiquer que 10 % des compressions médullaires reconnaîtraient cette étiologie, mais toutes les hernies ne donnent pas de signes de compression.

Andrae prétend que 15,2 % des humains sont atteints de cette affection, en se basant sur l'examen de 348 colonnes.

Age, Sexe. — Nous avons déjà indiqué une fréquence plus grande des manifestations de la hernie entre 40 et 50 ans. Peut-être s'agit-il de hernies muettes jusqu'alors qui décèlent leur présence à la faveur du tassement que subit le corps à cet âge. D'après Andrœ, l'homme présente des manifestations cliniques dans 61 % des cas, la femme dans 37 % seulement.

Localisation . — Tous les auteurs, sauf Stookey, s'accordent pour désigner la région lombaire comme la plus fréquemment atteinte. Sur un total de 200 cas publiés, on trouve les localisations suivantes : cervicale, 19 % ; thoracique, 11 % ; lombaire, 70 %.

Au niveau de la colonne lombaire, les quatrième et cinquième, puis troisième ménisques sont les points d'élection de l'affection ; l'association de hernies de plusieurs disques est assez fréquente. La plupart du temps, la hernie postérieure est bilatérale, bilobée par le ligament vertébral postérieur, surtout à la région lombaire où ce ligament se rétrécit à son passage sur le disque. Elle peut être aussi unilatérale ou médiane, soit primitivement, soit secondairement. Andrœ a décrit une variété dans laquelle la hernie primitivement intra-vertébrale se crée une voie d'accès vers la cavité rachidienne en traversant la paroi postérieure du corps de la vertèbre. Notons encore le fait inexpliqué, comme pour les scolioses, de la fréquence plus grande des hernies unilatérales du côté gauche.

Mécanisme. — Outre la surcharge brutale de la colonne vertébrale, qui fait, en quelque sorte éclater l'anneau fibreux et chasse le nucleus par le pertuis ainsi produit, on invoque deux mécanismes :

L'extension qui agit sur une colonne fixée par les muscles fléchisseurs, fait pour ainsi dire gicler le nucleus en arrière à la manière d'un noyau de cerise pincé entre le pouce et l'index.

De même, la flexion s'exerçant au moment où les muscles antagonistes sont contracturés occasionne des lésions osseuses associées à une hernie du nucléus,

c'est le mécanisme du casse-noix. En temps normal, en effet, le ménisque ne doit pas supporter de surcharge du fait des mouvements de flexion et d'extension, si le jeu des muscles antagonistes s'effectue normalement ; il joue simplement le rôle de rotule et d'amortisseur.

Anatomie - Pathologique. — La hernie postérieure peut être complète, c'est-à-dire coiffée du tissu fibro-cartilagineux de l'anneau méniscal qu'elle a refoulé, ou incomplète dans le cas où une fissure de cet anneau a permis son irruption dans le canal rachidien.

Macroscopiquement, ce nodule (Knörpelknötchen des auteurs allemands) se présente comme une petite tumeur plus ou moins ovoïde, à grand axe vertical, de 0,5 à 1,5 cm. de hauteur, le plus souvent aplatie d'avant en arrière, de consistance généralement ferme, mais parfois molle ou bien ligneuse. Les hernies récentes de couleur blanc sale brunissent en vieillissant. Il est facile sur des coupes sagittales en série de mettre en évidence le pertuis par lequel le nucléus s'est échappé de sa capsule, celle-ci est le plus souvent dégénérée. Il n'est pas rare d'observer autour du nodule des formations vasculaires importantes. Quant aux rapports du nodule et de la moelle dans la majorité des cas cette dernière est comprimée sur les lames, parfois c'est une racine qui cravate la hernie et qui se trouve étirée et repoussée vers le bas (Love). Notons encore qu'après laminectomie, il est rare que la hernie soit apparente, il faut presque toujours pour la découvrir inciser la dure-mère antérieure et postérieure.

A l'examen microscopique, les aspects sont des plus variés. Parfois, la hernie est identique au tissu normal du nucleus : tissu fibreux délié dans les mailles duquel se voient des fibroblastes, des cellules cartilagineuses normales ou dégénérées, de grosses masses cellulaires à 6 ou 8 noyaux avec des enclaves de glycogène ; cellules physalides de Virchow, dérivées de la notocorde, mais le plus souvent des altérations se sont produites, des métaplasies sont apparues soit aux dépens de la substance fondamentale, soit aux dépens des cellules cartilagineuses ; les cellules physalides ont disparu ou sont devenues méconnaissables, on assiste à une organisation progressive des fibrilles et des cellules conjonctives.

En quelques mots, les modifications habituelles se traduisent par la formation d'une substance fibro-cartilagineuse dense ou par la production de plages d'ossification et de calcification.

Avant d'être individualisées, ces hernies furent considérées comme des néoplasies genre chondrome, puis plus tard classées parmi les ecchondroses.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

L'étude clinique du malade peut mettre sur la voie du diagnostic : il est exceptionnel qu'elle puisse l'assurer à elle seule.

Parfois, l'examen clinique et biologique permet d'affirmer une compression radiculaire qui pourra faire songer à une tumeur ou à une arachnoïdite ; il s'agira de malades tardivement observés qui ont eu le temps de réaliser une symptomatologie tumorale. Mais, en général, le malade accuse seulement des douleurs de névralgie sciatique banale, unilatérale, dépourvues de tout caractère qui puisse évoquer une compression radiculaire intrarachidienne : l'examen neurologique du membre douloureux ne permet le plus souvent de relever aucun signe évocateur, mais seulement, avec une richesse variable, la symptomatologie commune d'une névralgie sciatique primitive ; les signes de Sicard sont en défaut ; le liquide céphalo-rachidien ne présente pas d'altération significative.

Nous avons cependant rencontré, soit dans la littérature, soit dans nos observations personnelles, un certain nombre de caractères cliniques qui, sans être pathognomiques, évoquent plus particulièrement le diagnostic de hernie postérieure du disque intervertébral lombaire.

1° La notion d'un traumatisme rachidien devra être particulièrement recherchée; ce traumatisme peut être de nature et d'importance variables ; le plus souvent, il s'agit d'un mouvement forcé de flexion ou d'hypextension du tronc, engendrant le classique « tour de reins » : on sait fort bien « qu'un effort violent, un faux-mouvement (sujet qui soulève un fardeau), peuvent déterminer une sciatique », écrit de Sèze, qui attribue cette douleur à une subluxation vertébro-vertébrale, compliquée souvent d'entorse lombo-sacrée.

Nous croyons que ces mouvements forcés du rachis ont plus souvent pour effet de chasser le noyau gélatineux dans la cavité rachidienne, comme nous l'avons indiqué dans notre chapitre étiologique : cette migration peut être suivie de l'apparition immédiate des manifestations douloureuses, ou, plus rarement, un intervalle libre de quelques jours à plusieurs semaines peut s'observer.

Au même titre que l'effort unique et violent, les traumatismes répétés du rachis lombaire, certaines professions qui exigent la fréquente mise en jeu de la charnière lombaire, devront être retenus.

2° La douleur sciatique proprement dite est souvent précédée d'une période de lumbago que Löve relève dans 51 % des cas et qui réalise d'une façon typique la forme lombo-sciatique de Sicard et Roger. Ce lumbago peut persister dix à vingt jours à l'état isolé et s'atténuer au fur et à mesure que l'irradiation sciatique s'affirme ; il peut parfois persister, avec des atténuations et des rechutes, pendant toute la durée de l'évolution.

La topographie de la douleur sciatique donne peu d'indications ; elle est habituellement unilatérale (80 % des cas), et, fait curieux, localisée au côté gauche; quant à établir s'il s'agit d'une sciatique haute ou basse, radiculaire, tronculaire ou funiculaire, soulignons qu'il est rare d'observer une variété topographique pure ; la participation radiculaire est habituellement manifeste, mais la douleur tronculaire peut être au premier plan avec signe de Lasègue très intense, points de Valleix et parfois limitation de la douleur au territoire d'une branche de distribution.

3° Le caractère suivant semble plus important pour le diagnostic : c'est l'influence opposée du décubitus d'une part, de la station debout et de la marche d'autre part, sur l'intensité des douleurs : le décubitus calme la douleur; la station debout, la marche l'exagèrent ; la mobilisation du rachis arrache un cri dou-

A renvoyer immédiatement au GUIDE ROSENWALD, 99, rue d'Aboukir, PARIS (2e)

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le GUIDE ROSENWALD 1939, qui vient de paraître, sera remis gratuitement aux Confrères praticiens exclusivement sur présentation de leur carte, 99, rue d'Aboukir, Paris-2e, jusqu'au 31 mai 1939.

Port à domicile par poste recommandée, 6 fr. 50 (en timbres ou en versement au C. C. P. Paris 405-75

Nom et prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... Décorations : ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Jours et heures de consultations : .... N° de téléphone : ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur : (1) ....

Date et signature :

(1) Ces deux renseignements, utiles au contrôle, ne sont pas publiés.

loureux : les paroxysmes algiques s'accompagnent parfois de contractions fasciculaires des muscles. Bien souvent, la douleur a un horaire vespéral, apparaissant en fin de journée quand le travail et la station debout ont hernié le nodule à l'extrême ; le repos de la nuit facilitera la réduction et calmera la douleur.

4° Enfin, l'évolution paroxystique de la douleur avec rémissions prolongées est à retenir également : après quelques semaines de souffrance, le malade paraît s'améliorer du fait d'une réduction spontanée du noyau gélatineux ; après quelques mois de rémission, la douleur récidive à l'occasion d'un effort ou sans motif décelable ; les périodes douloureuses se rapprochent progressivement pour devenir subintrantes ; parfois, au contraire, la rémission est durable et peut même aboutir à une guérison clinique ;

5° La ponction lombaire doit être pratiquée systématiquement : elle permettra la recherche du Queeckensteadt-Stookey, l'examen du liquide céphalorachidien ; elle sera, en outre, le premier temps de l'exploration lipiodolée sous arachnoïdienne.

L'épreuve classique de Queeckensteadt-Stookey ne montre habituellement pas de blocage : ce n'est qu'à une phase très tardive de l'évolution qu'elle pourrait parfois apporter une indication : à ce moment, le tableau clinique lui-même se sera complété et ne traduira plus une névralgie sciatique unilatérale du type primitif.

Par contre, Löve, Glorieux et d'autres attachent plus d'intérêt au Queeckensteadt inversé : on pratique une injection épidurale de 40 cm^3 d'une solution cocaïnée qui provoque par compression une hypertension liquidienne dans le cul-de-sac inférieur ; une aiguille placée dans un espace lombaire permet de mesurer au manomètre cette hypertension. La présence d'un obstacle, même sans obstruction complète, fait apparaître une douleur très vive qui augmente au fur et à mesure que l'injection est poussée, et rend l'hypertension manométrique insignifiante ou nulle. Nous n'avons pas d'expérience personnelle de cette manœuvre qui, pour Löve, donnerait 55 % d'indications positives, mais qui ne nous semble pas à l'abri de nombreuses causes d'erreurs.

Les altérations du liquide céphalo-rachidien sont, en général, peu significatives : il est exceptionnel de noter une dissociation albumino-cytologique franche, et ceci n'est pas l'une des moindres raisons qui, pendant longtemps, a éloigné l'idée d'une compression intrarachidienne ; cependant, une hyper-albuminose fruste de l'ordre de 0 gr. 40 peut être souvent relevée, mais on conçoit qu'elle ne puisse, à elle seule, étayer l'hypothèse d'une compression.

La soustraction de liquide céphalo-rachidien sera suivie d'une injection de lipiodol qui constitue la phase cruciale de l'examen.

(*A suivre*).

Parasitologie médicale, par Hervé Harant, 202 p., 95 fig. ou photos. Maloine, édit. Collection « Les Petits Précis », 1939. 1 volume : 18 francs.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. Weitz, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mars 1939

Le traitement post-opératoire des appendicites aiguës. — MM. Larget et Lamare apportent une communication sur les appendicites aiguës et leur traitement post opératoire par les procédés biologiques, en particulier par le sérum anticolibacillaire de M. le Professeur H. Vincent. — Les auteurs relatent de nombreuses observations d'appendicites toxiques ou de toxémie appendiculaire, d'appendicite avec péritonite, d'appendicite localement peu grave, mais où on a des raisons de croire un fléchissement de la défense. Le traitement post opératoire employé dans ces cas apparaît aux auteurs une méthode non seulement encourageante mais encore recommandable parce qu'efficace.

Les spirochètes de l'appareil respiratoire. — MM. R. Vinzent et P. Seguin, rappellent les travaux antérieurs et exposent leurs recherches personnelles. Grâce à leur technique, dérivée de celle de Noguchi, ils ont réussi à obtenir des cultures pures de spirochètes appartenant à plusieurs espèces différentes. Leurs prélèvements ont porté sur des produits d'expectoration, mais surtout sur des pus de pleurésies putrides ou d'abcès putrides et des tissus de poumons gangrèneux. Toutes les souches ont pu être identifiées, par leurs caractères morphologiques, biologiques et sérologiques à des espèces buccales qu'ils possédaient déjà. D'autre part, aucune des souches de spirochètes intestinaux dont ils disposaient aussi n'ayant pu être rattachée à ces mêmes espèces buccales, ils en concluent que, jusqu'à présent, on est fondé à penser que les spirochètoses du poumon et spécialement les suppurations fétides broncho-pulmonaires à spirochètes sont d'origine bucco-pharyngée. Le foyer infectieux primitif devra donc toujours être recherché et supprimé afin de prévenir les rechutes si fréquentes dans ces affections.

Action du zinc sur le fonctionnement utéro-ovarien. — M. Henri Vignes a voulu voir si les sels de zinc étaient capables d'influer divers troubles ultéro-ovariens, en se fondant sur l'importance physiologique du zinc et, en particulier, sur son rôle synergique ou antagoniste vis-à-vis des hormones ovariennes et hypophysaires. Les résultats qu'il a obtenus sur les troubles menstruels et sur certains cas de stérilité donnent à penser que le zinc agit comme catalyseur de la folliculine et qu'on peut parler d'un rôle régulateur du métal vis-à-vis de cette secrétion ; on peut dire que le zinc est une co-hormone et risquer une comparaison entre iode et thyroïde d'une part, et zinc et ovaire d'autre part.

Action composée de l'eau distillée, de l'eau de Vichy et des solutions équimoléculaires dans la pléthore aqueuse expérimentale. — MM. M. Chiray, L. Justin-Besançon ; Ch. Debray et M. Lacour, rapportent leurs expériences sur l'intoxication par l'eau dans lesquelles ils ont confronté l'eau distillée avec l'eau de Vichy Grande Grille et la solution de chlorure de sodium équimoléculaire à celle-ci. Ils montrent que la tolérance de l'organisme vis-à-vis de l'eau de Vichy Grande Grille est près de dix fois supérieure à celle qu'il possède vis-à-vis de l'eau distillée. L'ingestion et l'injection de la solution équimoléculaire donne des résultats différents du fait qu'elle franchit plus faci-

lement la barrière vasculaire que l'eau de Vichy et ne réalise pas comme celle-ci une élévation de l'hydrémie. Dans les accidents de la pléthore aqueuse expérimentale, il faut donc faire intervenir non seulement la quantité et la concentration moléculaire de l'eau introduite, mais encore les éléments connus ou mystérieux chimiques et physiques qui caractérisent celle-ci.

Note sur la possibilité de l'importance d'une avitaminose B_1 dans nos conditions actuelles d'existence. — M. Langeron.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 8 février 1939

Un cas de tétanos post abortum guéri par hystérectomie vaginale et l'association Sérothérapie-Rectanol. — A propos de cette observation due à M. Goyer (Angers), M. L. Bazy, rapporteur rappelle les résultats obtenus dans le traitement du tétanos par l'utilisation de l'avertine (d'après les travaux allemands) :

Mortalité chez les malades traités par l'avertine 64,7 % ;
Chez les autres : 47,7 %.

Un cas d'iléite aiguë. — M. J. J. Herbert (Aix-les-Bains).

Iléite terminale. — M. Langrand (Brest).

A propos de deux observations d'iléite régionale et du traitement de cette affection par l'appendicostomie. — MM. Meyer-May et Ton-That-Tung (Hanoï).

Un cas d'iléite perforante. — Mlle Lafourcade (Sousse).

Deux observations d'iléite terminale aiguë à forme occlusive. — M. Roger Couvelaire.

Suite d'une observation personnelle. — M. L. Capette, rapporteur a réuni toutes ces observations qui correspondent, cependant, à des lésions différentes. Tandis que l'observation de Mlle Lafourcade concerne un ulcère iléal, les autres cas semblent bien rentrer dans le cadre encore imprécis de l'iléite terminale, affection qui peut revêtir un aspect aigu, subaigu ou chronique.

Dans son aspect aigu l'affection simule l'appendicite aiguë ; parfois l'allure un peu anormale des accidents font différer à tort l'intervention ; celle-ci faite tardivement sur un malade en occlusion est alors grave.

Un cas de neurinome solitaire de l'intestin grêle. — M. P. Moulonguet rapporte cette intéressante observation due à MM. A. Mouchet et Samain. Il s'agissait d'un neurinome de l'intestin grêle révélé chez une femme de 73 ans par une crise douloureuse abdominale ; résection intestinale, guérison.

Les auteurs reprennent l'ensemble de la question des neurinomes solitaires de l'intestin, tumeurs développées au dépend du plexus de Meissmer, ayant tendance à s'extérioriser tout en sténosant progressivement l'intestin. L'étude des 13 cas publiés dans la littératurex montre qu'habituellement ce sont des accidents aigus (à allure de péritonite, d'occlusion ; parfois hémorragies intestinales) qui viennent révéler la tumeur. En règle l'exérèse de la tumeur nécessite une résection intestinale, en raison des connexions de la tumeur avec le bord mésentérique. Affection grave d'ailleurs malgré la bénignité histologique, car sur 10 cas opérés on trouve 5 morts, soit immédiates, soit tardives.

Section des nerfs érecteurs combinée à la section des nerfs hypogastriques dans les cystalgies rebelles. — M. Fey précise la technique de cette intervention qui mérite le nom d'opération de Richer (de Lyon) qui l'a proposée et mise au point et dont il rapporte les observations. Sur 9 cas publiés on note une amélioration immédiate qui porte sur les douleurs et sur la fréquence des mictions.

Traitement des retards de consolidation osseuse par l'hormonothérapie antéhypophysaire intra-focale. — M. Y. Bourdès a traité avec succès toute une série de retard de consolidation par l'injection de lobe antérieur d'hypophyse au sein du foyer de fracture. Les résultats obtenus ont été très satisfaisants, parfois déconcertants par leur rapidité.

Séance du 15 février 1939

A propos de la communication de M. J. Okinczyc : « Les perforations diastatiques de l'estomac dans le cancer sténosant du pylore ». — M. P. Duval discute le mécanisme de la perforation qu'il estime devoir être rattachée à une étiologie infectieuse ; le terme de diastatique qui implique l'idée de rupture par distension n'est donc pas adéquat.

Etranglement du ligament rond du foie dans une hernie épigastrique. — Rapport de M. Moure sur cette observation de M. Marin Petrov.

Anévrysme de l'artère cubitale à la main. Menace de gangrène de deux doigts. Intervention. Guérison. — Rapport de M. Moure sur cette observation de M. Pellé. Les troubles ischémiques de l'index et du médius obligent à intervenir sur cet anévrysme d'origine traumatique. L'extirpation du sac suivie de ligatures fait disparaître les troubles vasculaires.

Abcès centro-linguaux. — Trois observations dues à M. Fabre sont rapportées par M. P. Moulonguet qui souligne une fois encore l'intérêt d'un diagnostic topographique précis avant d'entreprendre l'incision de ces collections suppurées des régions sous-mentales et sous-maxillaires.

Note sur une statistique personnelle de 35 perforations d'ulcère gastro-duodénaux. — M. Ameline fait un rapport sur la statistique de MM. Meyer-May et Pham-Khac-Hy.

Chirurgie des péritonites d'origine typhique au Tonkin (42 cas personnels). — Rapport de M. Fèvre sur un travail de MM. Meyer-May, Ho-Dac-Di et Thou That-Tang.

Malgré l'heure tardive de la chirurgie le pourcentage de guérison atteint 26,2 %.

Du point de vue clinique le signe majeur reste la contracture qui est discrète mais étendue et douloureuse. L'examen radiologique extemporané montre le croissant gazeux sous diaphragmatique. Le séro-diagnostic est resté négatif dans 62 % des cas.

La perforation a été suturée, enfouie et rentrée immédiatement dans l'abdomen ; on a toujours drainer le cul-de-sac de Douglas.

Il faut attacher une grande importance aux soins post-opératoires : toni cardiaques, sérum salé hypertonique, etc.

Un cas d'anastomose bilio-digestive (hépatico-duodénostomie) suivie depuis 1906, c'est-à-dire depuis 33 ans. — M. A. Gosset a suivi l'opérée de Terrier dont l'observation a été publiée en janvier 1907. Dans les premières années qui ont suivi l'intervention, quelques crises infectieuses traitées par le régime et la cure hydrominérale ; mais actuellement la malade âgée de 64 ans est très bien portante.

Asepsie de l'air des salles d'opérations. Le scaphandre. — MM. Hamant et Grimault reprennent toute la question de la contamination du centre opératoire par l'air expiré des opérateurs et des assistants. L'humidité de l'air joue un rôle prépondérant en constituant des gouttelettes chargées de microbes. La bavette habituelle est insuffisante et les auteurs préconisent l'emploi d'un scaphandre qu'ils ont fait construire.

Dangers de la suture primitive dans les traumatismes ouverts du temps de paix. — M. B. Desplas s'élève à nouveau contre la fermeture primitive de certaines plaies de la pratique civile. En se basant sur 16 cas concernant des traumatismes ouverts des membres suturés de façon par-

tielle ou totale, M. Desplas constate que 5 fois (31,2 %) la vie du blessé a été en danger ; dans un cas il y a eu mort ; dans les 4 autres une amputation secondaire a été nécessaire.

Il rappelle les principes établis durant la guerre, la nécessité d'une excision parfaite, minutieuse, des tissus souillés ou contus ; si ce temps d'excision est négligé la suture primitive faite entraînera à coup sûr des accidents dont il est impossible de prévoir la gravité.

La suture primitive n'est possible que s'il s'agit d'une plaie superficielle, d'une plaie très récente, d'une plaie coupante dans laquelle l'élément contus est réduit au minimum.

Dans tous les autres cas, la plaie parfaitement excisée sera pansée et immobilisée ; des fils d'attente seront placés qui permettront une suture secondaire, si température pouls, signes locaux, contrôle bactériologique sont favorables. Ces règles s'appliquent à toutes les plaies même les plaies articulaires.

M. Monod appuie ce que vient de dire M. Desplas et donne un exemple de traumatisme grave dans lequel l'amputation n'empêcha pas le développement d'une gangrène gazeuse.

M. P. Duval fait remarquer que les dangers de la suture primitive tels que vient de les exposer M. Desplas tiennent à ce qu'elle a été « mal faite » ; le principe même de la suture primitive n'est pas en cause.

Un point de technique important de la transfusion du sang conservé. Filtration du sang au cours de la transfusion. — MM. Jeanneney et Ringenbach.

Tumeur encapsulée de l'estomac. — Présentation d'une pièce opératoire par M. G. Lardennois. Il s'agissait d'un gliome périphérique schwannéen.

Anomalie congénitale de l'os crochu (pseudo-fissure). — M. Albert Mouchet.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 4 janvier. — Jury : MM. Abrami, Gosset, Fiessinger, Troisier. — M. Martinon. Contribution à l'étude des endocardites malignes. — M. Drucker. Contribution à l'étude du cancer de l'amygdale. — M. Gibon. Examen médical des externes des hôpitaux de Paris nouvellement nommés. Résultats pratiques et premières conclusions.

Jeudi 5 janvier. — Jury : MM. Carnot, Guillain, Boulin, Chabrol. — M. Wattez. Essai sur un procédé radiographique analytique. Contribution à l'étude de la statigraphie pulmonaire. Technique. Résultats.

Mercredi 25 janvier. — Jury : MM. Lœper, Tanon, Donzelot, Joannon. — M. Daubert : Etude sur les principes de l'alimentation des tuberculeux. — M. Mercier : Contribution à l'étude des influences hormonales sur la motricité urétérale. Application à la pathogénie des pyélonéphrites gravidiques. — Mlle Truelle-Chotard : Contribution à l'étude des affections cardiaques chez les enfants d'âge scolaire.

Jeudi 26 janvier. — Jury : MM. Cunéo, Gougerot, Laignel-Lavastine, Gastinel. — M. Beaucheff : L'anesthésie péridurale. — M. Josse : Contribution à l'étude de la classification dans les maladies mentales. — Mme Mutricy-Gascuel : Desgenettes.

Mercredi 1er février. — Jury : MM. Gosset, président; Troisier, Ameline, Mouquin. — M. Adberrazak ben Chaldi. L'anesthésie chirurgicale intra-veineuse par le I. méthyl 5, 5 allyl-isopropylbarbiturate de sodium. — M. Wollinetz. Considérations sur l'immunité et l'allergie tuberculeuses.

Jeudi 2 février. — Jury : MM. Chevassu, président ; Nobécourt, Bariety, Fey. — M. Bloch. Contribution à l'étude clinique des organo-soufrés. Traitement de la colibacillose urinaire par les sulfamides et les benzilaminophénylsulfamides. — M. David. Contribution à l'étude des pneumothorax spontanés au cours des pneumopathies aiguës non tuberculeuses de l'enfant.

Samedi 4 février. — Jury : MM. Léon Binet, président ; Lemaitre, Duvoir, Gayet. — M. Ménétrier. Considérations sur les réceptivités aux maladies. — M. Ha Ta Ngoc. Contribution à l'étude de l'amygdalectomie totale à chaud.

Mardi 7 février. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, président ; Mocquot, Lantuéjoul, Mollaret. — M. Vauclin. Gastrectomie après gastro-entérostomie pour ulcère. Contribution à l'étude technique.

Mercredi 8 février. — Jury : MM. Clerc, président ; Grégoire, Loeper, Troisier. — Mlle Esvan. Etude des modifications des complexes ventriculaires électriques dans le cours des péricardites à épanchement. — M. Marnet. Contribution à l'étude de la syphilis broncho-pulmonaire et en particulier des gommes pulmonaires.

Jeudi 9 février. — Jury : MM. Gougerot, président ; Maurice Villaret, J. Besançon, Sézary. — M. Abeille. Les pansements biologiques. L'huile de foie de morue accélérateur de la mitose cellulaire. — M. Falagan Gonzalez. Le chancre par morsure. — M. Rozenbaum. Contribution à l'étude de la syphilis testiculaire à propos de quelques observations.

Vendredi 10 février. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Leroux, Sannie, Velter. — M. Cortial. Résultats des examens des hystérosalpingographies au lipodiol. Etude statistique de 1927 à 1937. — M. Offret. Les myosites chroniques dans le cadre des myosites orbitaires.

Samedi 11 février. — Jury : MM. Rathery, président ; Tanon, Joannon, Lalong. — M. Grégoire. Vomissements périodiques avec acétonémie et troubles de la glyco-régulation chez l'enfant. — M. Billaud. A propos de deux cas de spirochétose ictéro-hémorragique. — M. Delie. De l'avenir des tuberculeux rénaux inopérables.

Mercredi 15 février. — Jury : MM. Baudouin, président ; Tanon, Alajouanine, Joannon. — M. Coriat. Contribution à l'étude de la poliomyélite infectieuse épidémique. — M. Ryckebusch. Recherches sur l'emploi du chlorure de calcium et de l'hyposulfite de magnésium associés dans le traitement des affections spasmodiques du tube digestif et de certains syndromes neuro-psychiatriques.

THESE VETERINAIRE

Mercredi 4 janvier. — Jury : MM. Fiessinger, Coquot, Robin. — M. Besson. Lymphangite chronique des membres du cheval par auto-hémothérapie.

Mercredi 25 janvier. — Jury : MM. Fiessinger, Coquot, Panisset. — M. Pernet : Traitement général des maladies infectieuses par pyothérapie aseptique. — Jury : MM. Tanon, Lesbouyries, Panisset. — M. Cannepin : Paratyphose du veau.

Mercredi 8 février. — Jury : MM. Troisier, président ; Lesbouyries, Robin. — M. Bonnet. L'ostéite hyperthrophiante chez le mouton.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 25. — MERCREDI 29 MARS 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : **Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

A propos d'un cas unique de choléra observé à l'armée d'Orient, par M. le professeur H. VINCENT.

Résultats éloignés des fractures incomplètes de la colonne vertébrale, par M. AUVRAY.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Ostéo-arthritique tuberculeuse de l'épaule, par M. J. REIGNIER.

CORRESPONDANCE.

A propos des abcès du poumon.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgie des Hôpitaux* (1er *Concours de Nomination*).

Médecine opératoire : MM. Petit, 20 ; Aboulker, 24 ; Padovani, 27; Mialaret, 24; Longuet, 22; Cordier, 21; Baumann, 24 ; Rudler, 25.

Questions : Ligature de l'artère cubitale au tiers supérieur de l'avant-bras ;

— Désarticulation tarsométatarsienne dite de Lisfranc.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté de Médecine, en coopération avec l'Association pour le Développement des Relations Médicales et l'American Medical Society de Paris, a organisé une série de cours en anglais qui commenceront cet été à partir de la deuxième quinzaine de juin.

Les personnes que la question intéresse peuvent s'adresser à l'A.D.R.M., Salle Béclard, Faculté de Médecine, 12, rue de l'Ecole de Médecine, Paris 6e, pour avoir le programme de ces cours.

Académie des sciences. — M. Jacques Duclaux, professeur au Collège de France, chef de service à l'Institut Pasteur (laboratoire de chimie physique appliquée à la biologie) a été élu membre titulaire dans la section des membres libres.

M. Jacques Duclaux est le fils du biologiste Emile Duclaux.

Guerre. — M. le médecin colonel Pilod est nommé médecin général en remplacement de M. le médecin général Paître, décédé.

M. le médecin général Botreau-Roussel, des troupes coloniales, est nommé médecin général inspecteur en remplacement du médecin général inspecteur Normet, passé au cadre de réserve.

M. le médecin colonel Ledentu, des troupes coloniales est nommé médecin général, en remplacement de M. Botreau-Roussel, promu.

Colonies. — M. Georges Mandel, ministre des colonies, a soumis à la signature du président de la République un décret qui augmente d'un dixième, soit de 120 unités, le corps de santé colonial.

Cette mesure, qui complète toutes celles déjà prises en vue de développer et de réorganiser les services médicaux dans les colonies, sera suivie ces jours-ci du rétablissement du recrutement par voie de concours des médecins de l'assistance médicale en Afrique Occidentale française et en Indochine.

L'Union des médecins mutilés de la guerre a tenu son assemblée générale le 21 mars et réélu son bureau pour 1939. Le bureau est ainsi composé : Président, M. de Parrel ; Vice-Président, MM. Garnier-Claudon, O'Followell, Villetard de Laguerie ; Secrétaire général, M. F. Masmontail ; Trésorier, M. Beau.

Pour la réadaptation de l'enfant. — L'Assemblée Générale annuelle de l'*Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant et des Centres Sociaux de Rééducation Gérard de Parrel*, s'est tenue le 24 mars dernier, au Siège Social de l'Association, 13, rue de l'Ancienne-

Comédie (VIe), sous la Présidence du Dr de Parrel, Président de l'Œuvre.

Les rapports présentés par le Secrétaire Général de l'Œuvre et par la Fondatrice-Directrice Générale des Centres Sociaux, Mme Louise Matha, ont montré l'essor remarquable de cette organisation.

Académie de Médecine de Paris

COMMISSIONS DE PRIX 1939

Prix généraux. — Huchard : MM. Lemierre, Bar, Godart, Lasnet, Pettit, Debré, Legueu, Lesné.

Prix Jansen : Le Conseil.

Prix Alvarenga, Larrey, Le Piez : MM. Vallery-Radot, Debré, Lemaître, Renault, Loeper, Dopter, Baudouin, Rouvillois.

Prix Monbinne, Pannetier : MM. Barrier, Tanon, Lemierre, Brouardel, Sergent, Strohl, Guérin.

Prix Martignoni : MM. Laignel-Lavastine, Tanon, Couvelaire.

Médecine générale. — Prix Argut, Barbier, Daudet, Desportes, Dreyfous, Gueretin, Guzman, Hadot, Itard, Louis, Potain : MM. Sergent, Loeper, Ribadeau-Dumas, Lereboullet, Laignel-Lavastine, Rist, Lemierre, Rouvillois, Lemaître, Debré, Vallery-Radot, Lesné. — *Adjoints :* MM. Weinberg, Petit, Marchoux.

Maladies de la nutrition. — Prix Cailleret, Dragovitch, Ricaux (diabète) : MM. Loeper, Ribadeau-Dumas, Rathery. Lereboullet.

Neuro-Psychiâtre. — Civrieux, Day, Falret, Herpin (Genève), Leveau, Lorquet, Magnan : MM. Rathery, Claude, Lereboullet, Laubry, Guillain, Laignel-Lavastine. — *Adjoint :* M. Baudouin.

Dermatologie et maladies vénériennes. — Fondation anonyme, Ricord, Roussilhe : MM. Loeper, Milian, Sergent.

Anatomie pathologique. — Helme, Mégé, Portal, St-Lager: MM. Carnot, Loeper, Clerc, Bezançon, Roussy, Levaditi, Lemierre, Baudouin, Jolly, Champy.

Hygiène et maladies contagieuses. — Clarens, Guillaumet, Liard, A.-J. Martin, Morin, Vernois: MM. Loeper, Ribadeau-Dumas, Renault, Lesné, Tanon, Sacquépée, Vincent, Lemierre, Lasnet, Marchoux.

Tuberculose. — Prix Audiffred, Boggio, Chevallier, Merville, B. Pean, Ricaux (tub.) : MM. Villaret, Ribadeau-Dumas, Bezançon, Rist, Sergent, Brouardel, Lesage, Mauclaire, Lenormant, Rouvière, Lemierre. — *Adjoint :* MM. Renault, Laignel-Lavastine.

Cancer. — Prix Berraute, Brunighaux, Chevillon, Combe, Marmottan, B. Pean : MM. Roussy, Loeper, Milian, Bezançon, Gosset, Hartmann, Champy, Pettit. — *Adjoints :* MM. Petit, Chevassu.

Chirurgie générale. — Prix Godard, Laborie, Rebouleau : MM. Hartmann, Sieur, Delbet, Legueu, Faure, Mauclaire, Duval, Auvray, Gosset, Rouvillois, Cunéo, Ombrédanne, Marion, Lenormant, Fredet, Grégoire, Chevassu. — *Adjoint :* M. Rouvière.

Obstétrique et Gynécologie. — Prix Barthélémy, Jacquemier, Tarnier : MM. Bar, Couvelaire, Brindeau, Jeannin. — *Adjoint :* M. Rouvière.

Spécialités chirurgicales. — Prix Argenteuil, Meynot : MM. Sieur, Terrien, Lemaître, Legueu, Chevassu. *Adjoint :* M. Rathery.

Anatomie et physiologie. — Prix Bourceret, Pourat, Sée : MM. Jolly, Mayer, Lapicque, Portier, Champy. — *Adjoint :* MM. Nobécourt, Vallery-Radot.

Physique et chimie. — Prix Apostoli, Buignet : MM. Mayer, Lapicque, Jolly, Levaditi. — *Adjoint :* M. Claude.

Médecine vétérinaire. — Prix Reynal : MM. Barrier, Martel, Petit, Vallée, Brocq-Rousseu, Guérin.

Pharmacie. — Prix Demarle, Nativelle : MM. Perrot, Fourneau, Goris, Bougault, Bertrand.

Eaux minérales. — Prix Robin, Capuron : MM. Bezançon, Rathery, Villaret, Tiffeneau, Pettit, Goris, Gourault. — *Adjoint :* M. Loeper.

CORRESPONDANCE

A propos des abcès du poumon

M. le professeur Jean Minet (de Lille) nous adresse à propos de la Revue Générale de MM. Piton et Lesueur, publiée dans la Gazette des Hôpitaux (Nos 20 et 22 1939) un certain nombre de ses publications. Elles montrent que dès 1931, M. Minet a préconisé l'intervention précoce, avant la vomique.

Il écrivait (*Progrès médical*) n° 40, 3 octobre 1931):

1° « L'abcès diagnostiqué, j'estime, pour ma part, qu'un abcès du poumon, avant la vomique, doit être ouvert... » ;

2° « L'abcès est seulement soupçonné... Ici encore, à mon avis, il y a lieu de recourir à l'intervention... »

M. Minet a encore insisté sur cette intervention précoce dans différentes publications : *Maroc médical*, n° 128, 15 février 1933. — Avec M. Vandecasteele dans la *Revue pratique des maladies des pays chauds*, n° 2, février 1938 dans la *Médecine Pratique* du 20 janvier 1935.

Rendons à César...

F. L. S.

NÉCROLOGIE

Le docteur Louis Thouzellier, médecin lieutenant-colonel en retraite, décédé à Paris.

— Le docteur Marcel Pinon, à Paris.

— M. Georges Prunier, docteur en pharmacie, ancien président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

RENSEIGNEMENTS

Urgent. — Particulier vend lit repos Louis XV. Sommier 1re qualité, neuf : 800 fr. — Coiffeuse bois rose, glace 3 faces : 500 fr. — Batterie cuisine, nickel pur Val : 3.200 pour 1.200 fr. — Tél. : Etoile 41-08.

A PROPOS D'UN CAS UNIQUE DE CHOLÉRA

observé à l'Armée d'Orient, en 1917

Par M. le Professeur Hyacinthe VINCENT
Membre de l'Institut

Au cours de la guerre de 1914-1918, je me suis préoccupé d'immuniser les troupes françaises et alliées faisant partie de l'armée d'Orient, contre le choléra dont les atteintes ont été, effectivement, nombreuses et graves parmi la population des pays occupés. J'ai fait connaître, à ce sujet, la technique qui a été utilisée pour la préparation de ce vaccin et les résultats expérimentaux entièrement démonstratifs, observés chez les animaux vaccinés, puis inoculés avec des races très virulentes de vibrion cholérique (1).

Je rappellerai sommairement ces notions. Le bacille du choléra est très sensible à l'action de l'éther. Agité fortement avec ce dernier, il est tué en deux minutes. L'émulsion des cultures sur gélose étant ainsi traitée, se recouvre d'une couche semi-graisseuse surnageante qui est rejetée. On n'utilise comme antigène que la couche sous-jacente.

Des expériences multiples faites sur le cobaye ont montré ce qui suit.

Les cobayes témoins meurent, en moyenne, en 14 à 16 heures, à la suite de l'injection intrapéritonéale de 2 c. c. de culture virulente, âgée de 24 heures.

D'autre part, plusieurs lots de cobayes ont été vaccinés par injection soit sous la peau, soit dans le péritoine, de vaccin anticholérique préparé comme il vient d'être dit : trois injections leur ont été faites à cinq jours d'intervalle.

Douze jours après la dernière injection vaccinante, ils ont reçu, dans le péritoine, 2 c.c. du même vibrion cholérique très virulent qui tuait les témoins en quelques heures. Ces animaux n'ont présenté *aucun symptôme morbide*.

Les cobayes vaccinés avec un vaccin stérilisé par la chaleur sont morts en 19 à 24 heures, à la suite de l'inoculation du virus cholérique vivant, pratiquée dans les mêmes conditions.

Le vaccin à l'éther n'a donné lieu qu'à des réactions nulles ou insignifiantes chez les milliers de combattants vaccinés à l'Intérieur, avant leur départ pour l'Orient, ou bien chez ceux qui ont été vaccinés sur place en Serbie, en Macédoine, etc., ainsi que chez les membres des missions envoyées en Asie Mineure, et en Perse et dans la population civile. Le nombre de ces vaccinés est compris entre 80.000 et 90.000. Deux injections (2 c. c. et 2 c. c. 5) leur ont été faites au siège d'inoculation que j'ai recommandé, c'est-à-dire sous la peau des fosses sus ou sous-épineuses.

(1) H. VINCENT. Sur la vaccination contre le choléra par le vaccin stérilisé par l'éther. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 22 mars 1915.
Id., Revue d'Hygiène, 1915.

L'intérêt principal de cette application faite en grand, réside dans la protection remarquable qu'elle a assurée. *Aucun cas de choléra n'a été observé chez ces vaccinés.*

Mon Collègue, M. le professeur Maurice Perrin, de Nancy, m'a cependant adressé un rapport instructif de M. le Dr Duchêne, intitulé : *Note sur le cas unique de choléra observé à l'armée d'Orient, en* 1917.

Ce cas concerne un Maréchal des logis artilleur, transporté à l'infirmerie du Port de Salonique, dans un état très grave : prostration profonde, face cyanosée, extrêmités froides, vomissements verdâtres, diarrhée. Ce malade avait été trouvé inerte, et déjà presque mourant dans son lit.

Le médecin-chef, informé de ce cas « impressionnant », fit d'abord observer « qu'il n'y avait jamais eu de choléra à l'A.F.O. », où tous les hommes avaient été vaccinés. Toutefois, ayant vu le malade, il confirma le diagnostic du Dr Duchêne. L'autopsie montra qu'il s'agissait du choléra.

La 2e partie de la Note officielle est intitulée : *Rapport de ce cas avec la vaccination anticholérique.* J'ai résumé brièvement la 1re partie. La suite mérite d'être un peu plus détaillée, parce qu'elle souligne une fois de plus et confirme la pratique des « fausses vaccinations », que j'ai jadis signalées comme trop fréquentes pendant la grande guerre.

Après avoir rappelé que son infirmerie avait à sa charge le service des vaccinations anticholérique et antitypho-paratyphique, M. le Dr Duchêne rapporte qu'un jour, un gendarme vint à mourir, à l'hôpital, de fièvre typhoïde. Peu après, dit-il, « nous vîmes arriver à nous, un, puis deux, puis trois,... puis dix gendarmes et plus, qui nous confièrent que, bien qu'ayant leurs fiches de vaccination dûment paraphées par mon Médecin-Chef, *ils n'étaient nullement vaccinés.* L'impression produite par le décès de leur camarade les amenait à révéler cette fraude ».

Dès lors, comment expliquer le cas unique de choléra observé dans une armée vaccinée et, jusqu'alors, indemne ?

« Nous décidâmes, dit le même Rapport, mon Médecin-Chef et moi, de réviser entièrement la vaccination de nos effectifs et d'employer les procédés dont nous usions nous-mêmes à la prison de Salonique envers les détenus politiques : l'un de nous vaccinait, l'autre tenait le contrôle. Nous ne nous en rapportions même pas à nos infirmiers. Dès lors, personne ne nous échappait ».

« Ce qu'il y a de remarquable, cependant, c'est que *nous savions qu'un seul homme nous avait échappé* et nous nous promettions de le « prendre au tournant » (*sic*).

« Malheureusement, il fut apporté à notre infirmerie : il s'agissait du maréchal des logis ci-dessus, mort du choléra. Sa fraude avait été facilitée du fait qu'il était le sous-officier chargé du contrôle des vaccinations au Parc d'Artillerie ».

Combien pourrais-je citer d'exemples semblables de non-vaccinés, cependant porteurs de certificats de vaccination, et observés pendant la guerre de 1914-1918 ? Envoyés à l'hôpital pour fièvre typhoïde, ils m'ont avoué ou l'ont fait à leurs médecins traitants, qu'ils n'avaient reçu aucune injection. Une enquête précise et persévérante faite dans certains régiments du front par le Dr A. Magnan (plus tard Professeur au Collège de France), a révélé que, dans certains régiments, *la proportion de ces faux vaccinés était comprise, en 1915 et au début de 1916, entre 18 et 30 pour 100 des combattants !*

Cette proportion énorme s'était fortement abaissée à la fin de l'année 1916. Néanmoins, il en était encore qui s'étaient fait délivrer ces certificats de complaisance. Combien en est-il, parmi eux, qui ont payé de leur vie cette coupable imprudence ! J'ose espérer que la leçon aura servi ou servira auprès de nos confrères, présents et futurs vaccinateurs.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES FRACTURES INCOMPLÈTES DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Par M. AUVRAY,
de l'Académie de médecine.

Je laisse de côté dans cette étude les fractures totales, complètes, intéressant la colonne vertébrale dans toute son épaisseur. La plupart de ces fractures totales s'accompagnent de graves désordres médullaires, les blessés végètent et meurent dans nos services, ou, s'ils résistent, restent trop souvent des infirmes à cent pour cent.

Pratiquement, les blessés de la colonne qui nous intéressent et que nous avons l'occasion d'examiner en expertise, sont ceux dont les lésions de la colonne vertébrale sont moins étendues, localisées soit aux apophyses, soit à l'arc postérieur, soit aux corps vertébraux. Des fractures apophysaires il ne sera pas question ici. Notre attention se portera surtout sur les fractures intéressant les corps vertébraux : fractures trabéculaires ; fractures parcellaires détachant de petits fragments, de petits coins osseux de la périphérie du corps ; fractures par tassement, par écrasement qui aboutissent à la déformation si caractéristique en coin du corps vertébral et s'accompagnent parfois d'un glissement plus ou moins marqué des vertèbres. Dans les ruptures de l'arc postérieur, dans les fractures des corps telles que nous les envisageons, les troubles nerveux, tout au moins les troubles nerveux graves d'origine médullaire, n'existent pas ou sont exceptionnels ; seuls, des troubles nerveux par lésion des nerfs rachidiens (compression, irritation) peuvent se rencontrer.

Les lésions des corps pourront sur tous les segments de la colonne intéresser un ou plusieurs corps vertébraux. Elles s'accompagneront de lésions des disques, de lésions d'entorse de voisinage, de déchirures ligamentaires qui joueront un rôle très important dans la persistance des troubles fonctionnels.

Depuis l'année 1924, nous avons réuni 34 observations de ce type de fractures, toutes recueillies par nous en expertise ; c'est sur l'analyse de ces faits qu'est basée notre étude des suites éloignées de ces fractures. Chaque cas a fait l'objet d'un examen approfondi et quelques-uns de ces cas ont été vus à une époque éloignée de l'accident, en révision, ce qui a permis de juger plus exactement des résultats définitifs.

Les 34 observations se répartissent en 14 fractures des vertèbres cervicales, 10 fractures des vertèbres dorsales, 10 fractures des vertèbres lombaires. Sur ces 20 dernières fractures, 14 occupaient la charnière dorso-lombaire intéressant la dernière dorsale et les première et deuxième lombaires.

Cette répartition en hauteur des lésions traumatiques vertébrales a son intérêt, lorsqu'on envisage les suites éloignées de ces traumatismes.

Les facteurs de déchet qui nous ont servi à établir le quantum des invalidités sont : l'attitude vicieuse, la douleur persistante, la gêne des mouvements, le retentissement sur le fonctionnement des membres (membres supérieurs pour les fractures cervicales, membres inférieurs pour les fractures dorso-lombaires), enfin les troubles nerveux.

L'*attitude vicieuse* persistante est presque la règle. Dans les fractures de la région cervicale, sur 14 cas, je note une seule fois qu'il ne persistait pas d'attitude vicieuse, dans tous les autres cas l'attitude vicieuse était plus ou moins marquée, depuis la simple inclinaison de la tête en avant jusqu'à l'attitude franchement caractérisée du torticolis, et je note dans un grand nombre d'observations que la tête et le cou demeuraient *figés* dans leur attitude anormale.

Dans la région dorsale, deux fois dans les 10 cas qui ont été soumis à mon examen, je note qu'il n'existait ni attitude vicieuse, ni déformation ; dans les autres cas il y avait une attitude voûtée du dos ou une véritable cyphose avec légère gibbosité au niveau du siège de la lésion traumatique. Je ne signale pas de déviations latérales, et l'attitude figée me paraît plus rare.

Au niveau de la colonne lombaire ou mieux dorso-lombaire, deux fois sur 10 cas, il n'y avait ni déformation, ni attitude vicieuse de la colonne. Les autres blessés se présentaient en attitude vicieuse du tronc plus ou moins marquée ; leur tronc était incliné en avant, la cambrure rénale effacée, dans l'impossibilité de se redresser ; il existait des déformations scoliotiques, avec déformations plus ou moins profondes des échancrures costo-iliaques. L'attitude figée des blessés, ici encore, est à signaler.

Sur l'ensemble des 34 cas que nous avons étudiés, cinq fois seulement l'attitude vicieuse faisait défaut.

La *douleur persistante* s'observe également chez nos traumatisés de la colonne. C'est elle qui éveille la contraction vigilante des muscles vertébraux et des muscles voisins de la colonne pour l'immobiliser en attitude vicieuse.

A la région cervicale la douleur est réveillée par les pressions exercées, dans la région sous-occipitale, sur les apophyses épineuses et sur les parties latérales du cou dans le point qui répond surtout au maximum des lésions, mais elle irradie aussi dans les creux sus-clavi-

culaires en suivant le bord antérieur des trapèzes et les muscles sterno-mastoïdiens, avec retentissement même parfois sur le fonctionnement des membres supérieurs. Nos quatorze fracturés de la colonne cervicale conservaient tous de la douleur, quelques-uns présentaient une douleur même très vive aux moindres pressions et mouvements, rendant le travail impossible ou très pénible.

Les dix fracturés de la colonne dorsale que nous avons examinés présentaient tous également de la douleur à un degré plus ou moins marqué, douleur réveillée au niveau des apophyses épineuses, sur les parties latérales de la colonne et s'accompagnant d'irradiations de la douleur vers les espaces intercostaux et les échancrures costo-iliaques.

Tous nos fracturés de la région dorso-lombaire ou lombaire accusaient des douleurs persistantes, plus ou moins vives, dans la région traumatisée, avec parfois irradiations au niveau des articulations sacro-lombaire et sacro-iliaque, vers les échancrures iliaques et même la paroi abdominale et les membres inférieurs.

En somme, la douleur est un *symptôme capital, tenace*, dont nous relevons l'existence chez les 34 blessés que nous avons examinés.

La gêne, la *limitation des mouvements* de la colonne vertébrale, liée pour une bonne part à l'élément douleur, est un symptôme que nous avons constaté, à des degrés divers bien entendu, chez *tous* les blessés observés par nous, même longtemps après le traumatisme. Ce qui frappe, c'est l'attitude figée adoptée par les blessés, les précautions qu'ils prennent pour se mouvoir, l'appréhension qu'ils ont de mobiliser la tête et le cou dans les lésions de la colonne cervicale, l'impossibilité ou la très grande difficulté où ils sont de se redresser, même avec l'aide des mains, pour passer de la position couchée dans la position assise lors de lésions traumatiques intéressant la région dorso-lombaire. Des blessés de la colonne cervicale nous ont signalé dans 5 cas sur 14 l'existence de craquements perçus par eux dans les mouvements de la tête et du cou, mais par le palper il ne m'a jamais été permis d'en constater la réalité.

Des troubles moteurs peuvent être observés à distance du côté des membres; qu'ils sont exclusivement le fait du retentissement douloureux des lésions de la colonne à distance ; dans les lésions cervicales ils se manifestaient cinq fois chez quatorze de nos blessés, par une limitation des mouvements des épaules, intéressant surtout l'élévation verticale et la rotation en arrière des bras. Du côté des membres inférieurs, nous n'avons pas constaté à la suite des fractures lombaires ou dorso-lombaires de limitation à proprement parler des mouvements des membres inférieurs, mais du fait de la douleur à distance, réveillée dans la région fracturée par les mouvements des membres inférieurs, nous avons vu des blessés marchant avec précaution, lentement, en attitude figée, ayant de la difficulté à prendre la position accroupie, se plaignant d'avoir leurs membres lourds.

En dehors des troubles névralgiques ou névritiques liés à des altérations des nerfs rachidiens au niveau du foyer de fracture et se manifestant par des troubles sensitifs surtout, je n'ai pas observé, chez les 34 blessés que j'ai étudiés, de troubles nerveux moteurs ou sphinctériens graves. J'ai vu dans un cas de fracture intéressant la 12e dorsale l'existence d'un tremblement épileptoïde des membres inférieurs avec réflexes rotuliens nettement exagérés et chez un blessé de la région dorso-lombaire, j'ai noté des mictions difficiles et douloureuses, accompagnées de troubles de la sensibilité et des réflexes.

Je relève 14 fois sur 34 des modifications des réflexes qui étaient le plus souvent un peu vifs ou nettement exagérés; dans un petit nombre de cas ils m'ont paru atténués.

Voyons maintenant les *méthodes de traitement* qui ont été appliquées chez nos 34 blessés.

Sur 34 fractures du type que nous étudions, 17 (dont 7 fractures cervicales, 3 fractures dorsales, 7 fractures lombaires) paraissent avoir été traitées uniquement par l'immobilisation au lit sans adjonction d'un autre mode de traitement. Pour les 17 autres cas, la méthode de traitement suivie a varié avec le siège de la lésion vertébrale :

Au niveau de la colonne cervicale, trois fois le blessé a été soumis à l'*extension continue* exercée sur la tête et le cou au début du traitement, pendant trois semaines à un mois ; six fois *un appareil plâtré* a été appliqué soit après l'extension continue, soit d'emblée, prenant la tête, le cou et la partie supérieure du thorax et maintenu pendant deux à trois mois généralement. Il n'a été fait aucune opération sur la région cervicale.

Au niveau de la colonne dorsale, chez 7 blessés (sur 10) des appareils d'immobilisation et de soutien ont été appliqués, soit grands plâtres, comprenant le thorax et l'abdomen, soit corsets à tiges métalliques, ces derniers employés plus spécialement au moment où le blessé commençait à marcher.

C'est dans cette catégorie de fractures intéressant la colonne dorsale qu'ont été pratiquées les *deux seules opérations* qui figurent dans notre statistique, *opérations de greffe;* l'une d'elles a été pratiquée quatre mois après l'accident. Ces greffes ont été suivies du port d'un appareil plâtré et d'un corset à tiges métalliques.

Au niveau de la colonne lombaire, trois fois seulement sur 10 cas, il a été appliqué d'abord un appareil plâtré laissé à demeure de trois à quatre mois, suivi du port d'un corset orthopédique à tuteurs métalliques. Aucune opération n'a été pratiquée sur cette région.

En somme la moitié des cas de notre statistique a été traitée simplement par le repos et l'immobilisation prolongée au lit ; dans l'autre moitié des cas on a adjoint au repos la mise en place d'un appareil plâtré, auquel on a substitué plus tard le port d'un appareil orthopédique. Sauf dans la région cervicale où trois fois on a tenté une réduction de la fracture par l'extension continue, dans tous les autres cas il n'est jamais question de réduction de la fracture, ni de traitement fonctionnel consécutif. Les interventions chirurgicales ont été la grande exception.

Il nous reste à indiquer quels ont été les *résultats* obtenus, tant au point de vue des incapacités permanentes que des incapacités temporaires.

Incapacités permanentes.

Nous les envisagerons suivant le siège en hauteur de la lésion vertébrale :

Fractures de la colonne cervicale.	Fractures de la colonne dorsale.	Fractures de la colonne lombaire.
14 cas	10 cas	10 cas
12 % = 1 cas	8 % = 1 cas	20 % = 2 cas
15 % = 2 cas	12 à 15 % = 1 cas	25 % = 2 cas
20 % = 1 cas	20 % = 1 cas	30 % = 2 cas maintenus en révision.
25 % = 5 cas	30 % = 3 cas	40 % = 3 cas maintenus pour l'un d'eux en révision.
40 % = 1 cas	35 % = 2 cas	70 % = 1 cas
50 % = 1 cas	50 % = 2 cas	
60 % = 1 cas		
70 % = 1 cas		
75 % = 1 cas		

Ces tableaux montrent que les chiffres les plus élevés d'invalidité permanente appartiennent aux fractures cervicales, 5 cas sur 14 ont eu des invalidités de 40 à 75 %.

On remarquera que trois fois les chiffres de l'invalidité attribués en révision ont été les mêmes qu'en première expertise ; les troubles graves avaient persisté.

Appréciant *dans leur ensemble* les résultats observés chez les 34 blessés que nous avons eus à examiner, nous relevons que le taux de l'invalidité a été de 8 à 15 % dans 5 cas seulement (bons résultats), de 20 à 25 % dans 11 cas (résultats moyens), de 30 à 40 % dans 11 cas (résultats médiocres), de 50 à 75 % dans 7 cas (mauvais résultats). On remarquera que plus de la moitié des cas (18) a entraîné des invalidités égales et supérieures à 30 % impliquant l'idée d'un changement de profession (1).

Si l'on compare les taux d'invalidité attribués aux cas qui ont été traités par la simple immobilisation prolongée au lit à ceux qui ont été traités par l'immobilisation avec adjonction d'appareils plâtrés, on constate dans notre statistique que les taux d'invalidité ont été plus élevés pour ces derniers, ce qui s'explique vraisemblablement par ce fait que les cas où l'immobilisation avec appareil plâtré a été mise en œuvre, présentaient une gravité plus grande que les autres.

Les cas qui, dans notre statistique, sont qualifiés de bons résultats (invalidités de 8 à 15 %) ne répondaient pas toujours cependant à des lésions anatomiques osseuses bénignes. La plupart de ces cas-là présentaient des tassements cunéiformes plus ou moins marqués des corps vertébraux.

Les 2 cas de *greffes osseuses* que j'ai eu à examiner, et qui toutes les deux ont été pratiquées à la région dorsale, ont été suivies d'invalidités permanentes assez élevées à 35 % et 50 %. Je n'insisterai pas sur ces cas trop peu nombreux dans notre statistique pour que l'on puisse discuter de la valeur de la greffe osseuse.

Incapacités temporaires.

Voici la durée des incapacités temporaires établie également suivant le siège en hauteur de la lésion vertébrale :

(1) Depuis la rédaction de cet article, nous avons observé deux cas nouveaux de fractures intéressant les corps vertébraux : l'un de la 6e cervicale a abouti à une I.P.P. de 30 pour cent, l'autre de la 1re lombaire a entraîné une I.P.P. de 25 pour cent.

Colonne cervicale.	Colonne dorsale.	Colonne lombaire.
? = 1 cas	3 mois ½ = 1 cas	? = 1 cas
1 mois ½ = 1 cas	4 mois ½ = 1 cas	4 mois = 1 cas
3 mois = 2 cas	4 mois à 100 % / 5 mois à 59 % = 1 cas	5 mois = 2 cas
4 mois = 1 cas	6 mois = 2 cas	7 mois = 3 cas
4 mois ½ = 1 cas	7 mois = 2 cas	7 mois ½ = 1 cas
5 mois = 1 cas	10 mois = 1 cas	8 mois ½ = 1 cas
6 mois = 4 cas	1 an = 1 cas	9 mois = 1 cas
7 mois = 1 cas	1 an ½ = 1 cas	10 mois = 1 cas
9 mois = 1 cas		
1 an = 1 cas		

Dans 32 cas sur 34 la durée des incapacités temporaires nous est connue : on constate que dans 8 cas seulement, c'est-à-dire dans un quart des cas, l'incapacité temporaire a été inférieure à quatre mois et demi ; c'est là un délai d'incapacité temporaire assez court pour des lésions traumatiques de la colonne vertébrale. Dans 10 cas, l'incapacité temporaire a été de cinq et six mois. Les cas où l'incapacité temporaire a été de sept mois et au delà jusqu'à un an et demi sont au nombre de 14 ; c'est dire que dans un nombre de cas élevé on est en présence d'incapacités temporaires très prolongées (1).

Nous sommes en droit de conclure de l'analyse des cas de fractures incomplètes du rachis sans troubles nerveux ou avec troubles nerveux légers qui ont été soumis à notre examen, qu'il s'agisse des incapacités temporaires ou des incapacités définitives, que les résultats obtenus par les vieilles méthodes de traitement mises en œuvre qui ont consisté dans l'immobilisation prolongée au lit, sans tentative de réduction, avec ou sans appareils de contention, ont donné des résultats souvent médiocres, parfois franchement mauvais. *Chez les blessés de notre statistique, bien qu'il y figure des cas traités dans ces dernières années, même dans ces derniers mois*, c'est-à-dire depuis qu'une thérapeutique nouvelle des fractures du rachis a été préconisée, *on n'a jamais eu recours à cette thérapeutique nouvelle*, vieille cependant de huit années.

En quoi donc consiste cette nouvelle méthode de traitement? Elle a été exposée longuement dans le rapport présenté au dernier Congrès français de Chirurgie (octobre 1938) par Charbonnel et Sicard sur le traitement des fractures du rachis et repose sur le principe de la *réduction* de la fracture, suivie *d'immobilisation* plâtrée et associée au *traitement fonctionnel.* C'est la méthode dite de *Böhler* du nom de l'auteur qui a eu le mérite de systématiser le nouveau traitement.

La *réduction* de la fracture doit être faite avec ou sans anesthésie, le plus tôt possible, dès les premières vingt-quatre heures, sauf contre-indications créées par l'existence de multiples blessures ou d'un état de shock marqué (Charbonnel et Sicard).

La réduction des fractures dorsales ou lombaires peut être faite soit en position dorsale, soit en position ventrale ; le but est de réaliser la réduction en lordose du sujet blessé. Je n'ai pas à insister ici sur la technique de la réduction très bien exposée dans le rapport que je viens de citer. *Ce qu'il importe d'établir, c'est la nécessité de réduire toutes les fois qu'on le peut.*

Avant d'assurer la contention de la fracture *par*

(1) Les deux nouveaux cas de fractures auxquels nous avons fait allusion ci-dessus ont entraîné : l'un (fracture de la 6e cervicale) une I. T. de 6 mois, l'autre (fracture de la 1re lombaire) une I. T. de 7 mois.

l'application d'un corset plâtré, il sera bon de vérifier, par la radiographie, la bonne réduction de la fracture. La durée d'application de l'appareil plâtré sera proportionnée à la gravité de la fracture et à l'âge du blessé pour éviter les affaissements secondaires à la sortie du plâtre.

A la réduction avec immobilisation doit succéder, très rapidement, le *traitement fonctionnel méthodique.* C'est là le point original de la nouvelle méthode thérapeutique. Que faut-il entendre par traitement fonctionnel? Au lieu de laisser le blessé couché pendant des mois sur un plan résistant ou dans un plâtre, comme on ne le fait encore que trop souvent, il faut, écrivent Charbonnel et Sicard, « par la marche rapide, par les exercices musculaires actifs, progressifs et méthodiques, entretenir la forte musculature des masses postérieures qui sera le meilleur soutien de la colonne après l'ablation du plâtre... »

Pour ces auteurs, c'est la partie la plus importante du traitement (1). « Dès le lendemain de la réduction, écrivent-ils, le blessé doit circuler, faire de menus travaux, et deux à quatre fois par jour, des exercices des bras, des genoux, des membres inférieurs, des flexions et extensions actives du tronc. Au bout de quinze jours, il portera sur la tête des poids, progressivement augmentés, pendant quinze à vingt minutes pour entretenir et fortifier les muscles extenseurs du tronc... *Le fait seul de ne plus laisser au lit les fracturés du rachis a amélioré indiscutablement les résultats.* » Cela s'entend bien entendu, il est à peine besoin de le dire, des fractures sans troubles nerveux, en particulier des fractures des corps vertébraux par tassement que nous avons surtout en vue ici. Le traitement fonctionnel ne doit jamais être fait avec excès et violence. Il doit être modéré chez les sujets âgés et dans les fractures graves.

A la région cervicale, on doit procéder de même à la réduction et à la contention de la fracture. La réduction est faite par extension continue progressive, dirigée selon les déplacements ; celle-ci doit être faite avec douceur et de préférence lentement et progressivement. La contention sera réalisée à l'aide d'une minerve en plâtre, à point d'appui thoracique, qui sera maintenue en place jusqu'à cinq et six mois.

Charbonnel et Sicard, dans leur rapport, ont essayé d'établir une comparaison entre les *résultats* fournis par les méthodes de traitement jusque-là classiques (ce sont celles-là seules qui figurent dans notre statistique) et la méthode thérapeutique nouvelle. *Ils ont vanté l'amélioration indiscutable des résultats obtenus par cette dernière méthode.*

Dans les fractures dorso-lombaires minimes sans déplacement (fractures parcellaires, trabéculaires, arrachements osseux) Charbonnel et Sicard admettent, à la suite des méthodes classiques :

I. T. = en moyenne de trois à quatre mois.
I. P. P. = en moyenne de 10 à 20 %.

(1) Magnus a préconisé le traitement fonctionnel seul, sans réduction préalable. Cette manière de faire semble inférieure à la méthode de Böhler dans ses résultats dans les cas où on est en présence de fractures par tassement assez graves.

Après réduction en hyperlordose et traitement de Böhler :

I. T. = deux à trois mois.
I. P. P. = 0 à 10 %.

Dans les fractures dorso-lombaires par tassement, les résultats médico-légaux pour les cas graves et très graves sont :

A la suite des méthodes classiques :

I. T. = en moyenne huit mois.
I. P. P. = en moyenne 37 %.

Après les réductions en hyperlordose et traitement de Böhler :

I. T. = en moyenne quatre à cinq mois.
I. P. P. = en moyenne 15 %.

Dans les fractures dorsales, Charbonnel et Sicard admettent que l'étude comparée des résultats montre clairement que la réduction en position dorsale constitue là encore le meilleur traitement et que le traitement fonctionnel associé au lever précoce est tout aussi important que dans les fractures lombaires.

Dans les fractures intéressant les cinq dernières vertèbres cervicales, les résultats médico-légaux sont :

A la suite de la simple immobilisation sans réduction :

I. T. = en moyenne cinq mois.
I. P. P. = en moyenne 33 %.

Après réduction par extension continue :

I. T. = en moyenne six mois.
I. P. P. = en moyenne 30 %.

Ici, les résultats comparatifs n'apparaissent pas aussi différents. Charbonnel et Sicard font remarquer que si l'I. T. est moindre à la suite de l'immobilisation sans réduction, c'est qu'on applique la simple immobilisation à des cas en général bénins, sans grand déplacement.

Pour les fractures de l'atlas et de l'axis, les résultats médico-légaux sont :

A la suite de l'immobilisation simple sans réduction :

I. T. = en moyenne quatre mois.
I. P. P. = en moyenne 32 %.

A la suite de la réduction par extension continue :

I. T. = en moyenne six mois.
I. P. P. = en moyenne 22 %.

Mais, là encore, la durée de l'incapacité temporaire plus élevée à la suite de la réduction s'explique par le fait qu'on s'adresse à des cas plus graves que ceux qui sont traités par la simple immobilisation sans réduction.

Que devons-nous conclure de ce long exposé? Que la méthode dite classique d'immobilisation prolongée au lit, avec ou sans contention, ne donne, notre statistique le prouve comme les autres, que des résultats peu satisfaisants ; les incapacités temporaires prolongées, les incapacités permanentes élevées sont trop nombreuses. C'est ce qui a incité Charbonnel et Sicard à écrire que la méthode classique d'immobilisation prolongée ne vit que des contre-indications de la réduction en lordose avec traitement fonctionnel. Il semble acquis que la méthode de réduction suivie de la contention et du traitement fonctionnel, là où il est applicable,

donne des incapacités temporaires de moins longue durée et des incapacités permanentes de taux moins élevé.

Dans ces conditions, on peut s'étonner qu'elle ne soit pas de pratique plus courante. Je rappelle que sur 34 cas de ma statistique, même pour les années les plus récentes, on n'y a jamais eu recours. C'est pourquoi j'ai voulu, dans cet article, attirer l'attention sur les données modernes du traitement des fractures du rachis sans troubles nerveux médullaires et inciter praticiens et chirurgiens à recourir plus souvent qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici à la nouvelle thérapeutique.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DE L'ÉPAULE

Appelée encore « Scapulalgie » — localisation rare de la tuberculose — susceptible de guérir par ankylose, moyennant un traitement orthopédique correct, justiciable parfois de la résection, dont la pratique, depuis Ollier, a prouvé l'efficacité réelle.

Elle s'observe à tout âge, surtout dans le sexe masculin.

Nous étudierons comme type la scapulalgie de l'adulte ou de l'adolescent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La forme caséo-fongueuse est de loin la plus fréquente. L'épiphyse humérale — épiphyse fertile, spongieuse, bien vascularisée, — est le siège quasi constant des lésions primitives.

La glène reste longtemps, sinon toujours, indemne.

L'envahissement synovial est secondaire à la lésion osseuse sous-périostique.

Cette lésion osseuse, humérale, juxta-synoviale, occupe la partie supéro-externe de la tête à son union avec la base du trochiter, dans la région du col anatomique, près de la coulisse bicipitale.

Au cours de l'évolution, capsule et ligaments sont érodés, décollés à leur insertion. La synoviale épaissie se remplit de fongosités. Le tendon du long biceps apparaît dépoli. Les ganglions axillaires réagissent. Les bourses séreuses du sous-scapulaire et du long biceps seront le siège d'abcès. Ces prolongements sous et péri-musculaires de la synoviale sont à l'origine de collections migratrices. La fistulisation de ces abcès est fréquente.

Les luxations, toujours antéro-internes, sont exceptionnelles.

A côté de cette forme classique habituelle, deux autres ont été décrites par Kœnig :

— L'une assez exceptionnelle : Caries Carnosa, tuberculose diffuse épiphyso-diaphysaire, entourée par une simple coque osseuse;

— L'autre, moins rare, appelée Caries Sicca, est une arthrite sèche de l'épaule. La lésion évolue comme une ostéite raréfiante qui résorbe graduellement l'extrémité céphalique.

Pendant ce temps, capsule et ligaments, cône périarticulaire musculo-tendineux, s'atrophient et se sclérosent.

L'évolution du processus n'entraîne ni abcès, ni fongosités, ni séquestres, et aboutit à une ankylose fibreuse.

CLINIQUE

A. — Début.

Il est des plus insidieux. Les symptômes très minimes n'inquiètent que par leur persistance. Il en est deux constants que l'interrogatoire mettra en évidence :

1° La gêne fonctionnelle : rapide, progressive, hors de proportion avec l'effort, faite de raideur et de faiblesse de l'articulation. Ces troubles plus marqués le soir sont calmés par le repos, mais compromettent rapidement toute activité.

2° La douleur est plus tardive, apparaissant au bout de quelques semaines. Tantôt simple engourdissement, tantôt névralgique, elle siège dans le moignon de l'épaule irradiant vers l'aisselle, le coude, la région cervicale. Elle est sourtout nocturne. L'action de la pesanteur qui écarte les surfaces articulaires disparaît en effet avec le décubitus, et la douleur se produit.

L'examen clinique sera pratiqué, le malade étant nu jusqu'à la ceinture. Cet examen sera comparatif, et le malade sera vu de dos, puis de face.

L'inspection objective un signe capital, à savoir l'atrophie des muscles périarticulaires, avant tout du deltoïde. L'atrophie du deltoïde est très précoce. Le muscle n'étoffe plus le moignon de l'épaule qui prend l'aspect en épaulette. Il a perdu sa densité et sa tonicité. Cette atrophie rapide et massive n'a pu encore être compensée par le développement lent de l'épanchement et des fongosités dans l'article et par la cellulite voisine.

On fait ensuite l'étude des *mouvements actifs et passifs* de l'épaule. Au premier abord, la suppléance omo-claviculaire donne aux mouvements de l'épaule une apparence normale. En fait, l'immobilisation de l'omoplate extériorise la *limitation des mouvements*. L'abduction, premier mouvement limité, n'atteint pas l'angle droit. A 30° ou 40°, le blocage est complet ou bien l'omoplate bascule.

Les autres mouvements de l'épaule pour atteindre une certaine amplitude utilisent également le jeu de la ceinture scapulaire. Cette contracture sera évidemment étudiée par comparaison avec le côté sain.

Ainsi, trois signes principaux traduisent l'envahissement articulaire :

Gêne fonctionnelle;

Atrophie musculaire;

Limitation des mouvements et douleur à tout essai de mobilisation.

A ces symptômes s'ajoutent :

La chaleur locale;

Les points ou zones *douloureux.*

Un point douloureux externe siège sous l'acromion au niveau de la grosse tubérosité. Un autre antérieur, plus constamment trouvé, siège au niveau du col et sur les bords de la coulisse bicipitale. D'autres zones douloureuses répondent au sillon deltopectoral et à la partie externe et supérieure du creux de l'aisselle.

On ne manquera pas de rechercher *l'adénopathie* axillaire. La présence très précoce de ganglions plaide en faveur de la tuberculose.

La radiographie est le complément indispensable de la clinique. On demandera un cliché de face des deux épaules dans une attitude rigoureusement symétrique. Le cliché de face doit montrer la tête dans son plus grand diamètre. Un centrage correct est capital. Pour l'épaule du sujet couché en décubitus dorsal, le point d'incidence se place au milieu de la dépression sous-acromiale.

(*A suivre*). J. REIGNIER.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 26. — SAMEDI 1er AVRIL 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.

La hernie postérieure des disques intervertébraux lombaires (avec 2 figures), par MM. BERGOUIGNAN et CAILLON (fin).

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

L'emploi des vitamines C chez le nourrisson, par M. L. BABONNEIX.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux. Nomination.*

Epreuve clinique. Séance du 25 mars 1939 : MM. Longuet, 20 ; Baumann, 19 ; Mialaret, 19 ; Padovani, 20.

Concours de médecin des hôpitaux. — Ont été déclarés admissibles : MM. 1. Frumusan ; 2, Klotz (Henri) ; 3, Perrault (Marcel) ; 4, Cachin (Marcel) ; 5, Netter (Albert) ; 6, Rambert (André) ; 7, Uhry (Pierre) ; 8, Joseph (Marcel) ; 9, Schwob (Robert) ; 10, Albot (François) ; 11, Fouquet (Jean) ; 12, Brocard (Henri).

Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Ont été déclarés admissibles : MM. Leroux-Robert, 50 ; Lemaître, 48 ; Lemoyne, 46 ; Maspetiol, 46 et Rémy-Néris, 45.

Concours de Nomination d'oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux. — *Médecine opératoire :* MM. Maspétiol, 18 ; Leroux-Robert, 19 ; Lemoyne, 18 ; Lemaître, 19 ; Rémy-Néris, 18.

Question donnée : Ligature de la carotide primitive.

Répartition des internes. — Les séances de répartition des internes de première année et des externes en premier annoncées pour les 30 et 31 mars 1939 sont reportées aux dates suivantes :

Internes de 1re année : mercredi 19 avril, à 15 heures.

Externes en premier : mercredi 19 avril, à 16 h. 30.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien résidant s'est terminé par la nomination de M. Darmaillacq.

Hôpitaux de Hanoï. — Le concours ouvert le 12 décembre devant un jury composé de M. Sollier, directeur de l'hôpital indigène ; de MM. les professeurs agrégés des Facultés Massias, Meyer-May, Daléas, professeurs de Clinique à l'Ecole de médecine ; Grenierboley, chargé de la clinique dermatologique s'est terminé par la nomination de M. Tran-Van-Bang comme interne titulaire.

Faculté de médecine de Paris. — M. Pierre Cley est délégué dans les fonctions de chef de travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Garrelon, décédé.

Faculté de médecine de Lyon. — La chaire de médecine légale est déclarée vacante (dernier titulaire, M. Etienne Martin).

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. Barrier, ancien interne des hôpitaux de Paris est chargé d'un cours d'anatomie descriptive.

Ecole de médecine de Tours. — M. Paul-Jacques Gautier est institué pour neuf ans, professeur suppléant de pathologie médicale et de médecine expérimentale.

Académie des sciences. — M. Gustave Roussy, recteur de l'Académie de Paris, a été élu membre de l'Académie des sciences, dans la section des membres libres.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Auzimour, à Oran ; Perron, à Paris ; Balleydier, à Grenoble ; Vincent, à Oran.

Sont nommés officiers d'académie : MM. les docteurs Bourguin, à Paris ; le médecin commandant Brunel ; Delotte, à Vernon (Eure) ; Mme le Docteur Delthil, née Lacan, à Paris ; Dreyfus, à Strasbourg ; Hinard, à Maisons-Laffitte ; Laveine, à Aumale (Algérie); Muselli, à Castillonès (Gironde) ; Ombredanne (Marcel), à Paris ; Pointis, à Yvrac (Gironde).

Ministère de la Santé Publique. — M. le professeur Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris est nommé conseiller technique sanitaire au Ministère de la Santé Publique pour la tuberculose chirurgicale.

— Le *Journal Officiel* du 28 mars 1939, publie une circulaire concernant les instructions relatives au contrôle du calcul du prix de journée dans les hôpitaux.

Association Générale des Médecins de France. — *Bourses Familiales du Corps Médical.* — Il est rappelé que des bourses annuelles de 10.000 fr. ont été créées par le Dr Roussel, en faveur des médecins ayant au moins cinq enfants et des veuves en ayant trois à leur charge, et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Comme les années précédentes, les demandes devront être adressées au siège de l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), pour le 1er mai au plus tard.

Les confrères ou veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1939.

COURS

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LES SUPPURATIONS BRONCHIQUES, PULMONAIRES ET PLEURALES. — Sous les auspices du Musée-Laboratoire Letulle, à l'Hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, du mardi 30 mai au lundi 1er juillet 1939, à 9 h. 30 du matin.

Ces cours seront donnés sous la direction de M. le Professeur Honoraire Emile Sergent avec le concours de ses anciens collaborateurs.

Le montant des droits d'inscription pour les deux cours réunis sera de 300 frs, de 250 frs pour le premier cours sur la Tuberculose et de 150 frs pour le cours sur les Suppurations, bronchiques, pulmonaires et pleurales, pour les médecins qui ne suivront qu'un seul des deux cours.

S'inscrire au Musée-Laboratoire Letulle, à l'Hôpital Boucicaut ou au Secrétariat de la Faculté de Médecine.

Des bourses seront données par le Comité National de Défense contre la Tuberculose (s'adresser, 66, boulevard St-Michel).

Cours pour les médecins étrangers. — L'Institut national pour les Relations Culturelles avec l'Etranger, organise des Cours de Culture médicale générale pour les médecins étrangers désireux de se tenir au courant des derniers développements de la science médicale italienne. Ces cours auront lieu du 5 au 22 juin 1939. Pendant les deux premières semaines, les cours seront tenus à Rome et pendant la dernière, à Bologne, Pavie et Milan.

Les cours ont lieu en italien, mais des interprètes sont à la disposition des auditeurs, et des résumés en français seront distribués.

Le programme comprend six petits cours de 6 à 8 heures chacun, de *chirurgie* (R. Paolucci, à Rome) ; d'*hématologie* (Ferrata, à Pavie) ; de *malariologie* (G. Bastianelli, à Rome) ; d'*orthopédie* (Dalla Vedova, à Rome ; Putti, à Bologne) ; de *phtisiologie* (E. Morelli, à Rome) ; *de médecine corporative ou sociale* (Petragnani, à Rome) ;

— une série de conférences sur des questions scientifiques, tenues par Raffaele Bastianelli, Castellani, Frugoni, Gemelli, Margaria, Pende, Preti, Rondoni, etc. ; des conférences d'hygiène sociale et des excursions à l'Agro Romano et l'Agro Pontino. — Inscriptions 300 lires.

Rappelons, en outre, que le *cours de phtisiologie pour étrangers* a lieu à l'Institut « Carlo Forlanini », sous la direction du professeur F. Morelli, du 15 juillet au 15 octobre. Le *cours international de paludologie* a lieu du 24 juillet au 20 septembre à l'Instituto di Malariologia « Ettore Marchiafava » sous la direction du professeur G. Bastianelli.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'I.R.C.E., via Lazzaro Spallanzani. 1. A. Rome.

CONGRÈS

2e Congrès de médecine sociale organisé par l'Amicale des médecins-contrôleurs. — (Paris, 7 mai 1939). — Les questions traitées au Congrès, tout en portant sur des matières d'assurances sociales, doivent retenir l'attention des médecins traitants.

L'esprit de collaboration est d'ailleurs nécessaire à une compréhension mutuelle, à l'élaboration d'un plan d'action et à sa mise en application.

Si les exigences de la médecine sociale dépassent parfois les perspectives de la médecine de cabinet, elles ne s'y opposent pas, mais préparent une coordination des activités. La présidence d'une des séances d'étude par M. le Secrétaire Général de la Confédération des Syndicats médicaux Français est le signe sensible de cette volonté de collaboration.

Pour renseignements, adhésions, demande des permis de circulation (réduction 40 %, S.N.C.F.), écrire à : Dr. Tara, Secrétaire Général de l'Amicale, 11, Villa des Cerises, Colombes (Seine). Compte Chèques-Postaux : Paris 1910-46.

REVUE GENERALE

Une étiologie peu connue des névralgies sciatiques

LA HERNIE POSTÉRIEURE DES DISQUES INTERVERTÉBRAUX LOMBAIRES (1)

Par MM. BERGOUIGNAN et CAILLON (de Bordeaux)

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

La clinique, nous l'avons vu, est à peu près incapable d'établir le diagnostic de compression par hernie nucléaire, elle peut à l'occasion affirmer la compression, parfois soupçonner sa nature, sans jamais être à même de l'affirmer.

Par contre, l'examen radiologique apporte le plus souvent des éléments d'une telle importance et d'une telle précision qu'ils suffisent à affirmer le diagnostic. D'ailleurs, le nombre de cas observés s'est accru considérablement du jour où cet examen a été pratiqué d'une façon systématique et convenable.

Ce mode d'exploration est donc capital et absolument indispensable. Les signes qu'il met en évidence sont de deux ordres :

Les signes indirects ;

Les signes directs.

Les signes indirects. — Les signes indirects s'observent sur une radiographie simple de la colonne lombaire de face et de profil et sont loin d'avoir une importance négligeable.

Disons de suite qu'il est nécessaire d'obtenir des clichés irréprochables, les altérations observées étant le plus souvent minimes et un mauvais centrage pouvant donner des images susceptibles de prêter à confusion.

Aussi, doit-on travailler à grande distance focale, le malade assis ou debout, prendre des clichés sous diverses incidences et parfois même recourir à la téléstéréoradiographie.

Les altérations peuvent porter sur les disques ou sur les corps vertébraux :

Les disques traduisent la lésion par une diminution de leur hauteur appréciée par comparaison avec les ménisques voisins, en se rappelant que cette hauteur augmente normalement de haut en bas.

Ce signe est inconstant et ne suffit pas pour porter le diagnostic de hernie postérieure.

Le corps vertébral manifeste sa participation à l'affection par des signes plus variés : ce sont parfois les faces vertébrales en rapport avec un disque lésé qui réagissent en se sclérosant, en se condensant.

D'autres fois, c'est un petit arrachement osseux du bord postérieur du corps vertébral par les fibres de l'anneau fibreux insérées à son niveau, ou encore la présence de hernies intra-spongieuses, plus rarement l'image d'un nodule intrarachidien calcifié.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.* 1939, n° 24, p. 409

Ces signes ne sont donc pas pathognomoniques, mais attirent de suite l'attention sur un ou plusieurs ménisques qui seront examinés plus spécialement par la suite. Leur absence ne permet aucune conclusion.

Les signes directs. — Ce sont eux qui permettent un diagnostic ferme. Ils sont fournis par l'examen lipiodolé sous-arachnoïdien, mais ce dernier, et c'est là le point capital, doit être pratiqué suivant une méthode rigoureuse.

Technique. — C'est à Glorieux que revient le mérite d'avoir vulgarisé cette méthode avant laquelle le diagnostic de hernie nucléaire passait pour impossible sur le vivant.

La technique du lipiododiagnostic s'est affinée et alors que les ouvrages classiques, datant de quelques années à peine, enseignent que seul l'arrêt total vérifié à plusieurs examens possède une valeur comme signe de compression, il est prouvé actuellement que cette façon de pratiquer n'objective que des lésions grossières.

Celui qui chercherait à mettre en évidence une hernie postérieure en injectant le lipiodol par voie sous-occipitale à un malade en position debout serait à peu près sûr de retrouver la bille opaque dans le cul-de-sac sacré au premier coup d'écran et s'exposerait à ne jamais en faire le diagnostic.

Il faut faire un examen radioscopique minutieux du transit lipiodolé sur un malade incliné progressivement, dans diverses positions (décubitus ventral, dorsal, latéral), et fixer sur des clichés tout aspect qui semble un peu anormal.

Rappelons que le transit lipiodolé au niveau de la région lombaire est celui qui sur un sujet normal prête le moins à confusion. Le lipiodol partant du cul-de-sac s'amasse parfois pour franchir le disque S^1L^5, puis progresse sous la forme d'un fuseau régulier entre la dure-mère antérieure et la face antérieure de la moelle sur le sujet en décubitus ventral.

La technique employée est la suivante :

Ponction lombaire ou sous-occipitale. On ne retire pas, en général, de L.C.R. ou seulement une quantité égale à celle du lipiodol injecté, pour ne pas troubler le transit.

Injection de 2 à 3 cm^3 de lipiodol lourd après avoir vérifié que le trocard est bien dans l'espace sous-arachnoïdien. Cette façon de procéder paraît parfaitement dénuée de dangers; on observe seulement parfois une aggravation passagère des symptômes. Le malade est mis debout, face à la table, on observe alors l'aspect de la bille dans le cul-de-sac que l'on peut fixer sur un cliché.

Progressivement, la table est amenée à l'horizontale, le lipiodol, toujours suivi à l'écran, a alors franchi le disque S^1L^5 et se projette le plus souvent au niveau de L^3L^4.

En basculant la table vers la tête du malade retenu par des sangles, on fait progresser le fuseau à une vitesse réglée par l'inclinaison. Chaque point qui semble anormal fait l'objet d'un cliché après plusieurs vérifications radioscopiques.

Le procédé est le même lorsque le malade est examiné en décubitus latéral ou dorsal.

En général, le lipiodol chemine au contact de la face postérieure des corps vertébraux en décubitus ventral. Glorieux l'a vu couler dans cette position au contact des lames, ce qui est sa situation normale sur le sujet en décubitus dorsal. Parfois, le lipiodol met en évidence les racines de la queue de cheval.

Le matériel nécessaire se compose d'une table oscillante munie de sangles ; une grille type Lysholm très maniable permet d'obtenir d'excellents clichés, d'autant plus que l'on peut diaphragmer. Il faut aussi pouvoir pratiquer des radiographies de profil, le malade étant en décubitus ventral.

Quels sont maintenant les signes myélographiques de la hernie nucléaire ? Passons rapidement sur le blocage total qui ne permet pas le diagnostic de la nature de la lésion, bien que sa situation au niveau d'un disque soit un signe de présomption.

Répétons que seul l'examen radioscopique précisé par la prise des clichés au moment voulu permet d'observer l'image que nous allons décrire.

Le défect (terme emprunté aux auteurs allemands qui l'emploient depuis longtemps en radiologie digestive et difficilement remplaçable par un mot français équivalent) est le signe pathognomonique, c'est une sorte d'encoche sur le fuseau opaque, dont la topographie change par rapport à ce fuseau suivant la variété de hernie.

1° *La hernie latérale simple.* — Le lipiodol arrivé au niveau du disque hernié contourne un obstacle latéral et se réduit à un mince défilé pour reprendre sa forme normale après la hernie. C'est l'empreinte de cette dernière qui constitue le défect généralement arrondi et à bords réguliers. Le transit lipiodolé répété plusieurs fois montre la constance de cette image qui rappelle assez bien celle de la biloculation gastrique par encoche spasmodique de la grande courbure.

En décubitus dorsal, le défect disparaît ou diminue considérablement ; en décubitus latéral sur le côté malade, il doit être situé en avant ; en décubitus latéral sur le côté sain, il disparaît.

Ces images peuvent être rarement occasionnées par des tumeurs des racines ou des ligaments jaunes auxquels cas la topographie antérieure est toujours moins évidente. En résumé, cette forme de hernie ne donne pas de signes lipiodolés pathognomoniques mais ceux-ci associés à des signes indirects et cliniques en faveur de la hernie permettent le plus souvent une présomption qui est presque une certitude.

2° *La hernie latérale double*, par contre, offre une symptomatologie radiologique pathognomonique.

Arrivé au niveau du disque atteint, le lipiodol hésite un instant, pousse un prolongement médian dans l'espace rétréci que lui ménagent les tumeurs latérales, puis se reforme et reprend son aspect habituel. C'est l'image en « haltère » qui devient l'image « en chapelet » lorsque plusieurs disques contigus sont herniés.

Sur une image de profil toujours en décubitus ventral, pas de défect antérieur à moins d'une participation de la partie médiane du disque à la hernie.

En décubitus latéral droit et gauche, on observe un défect antérieur plus ou moins important suivant le volume de la hernie.

En décubitus dorsal l'image pathologique disparaît.

3° *La hernie médiane est rare.*

Le lipiodol qui l'aborde la contourne, soit d'un seul, soit des deux côtés, donnant une image en cupule, puis reprend son aspect normal en aval, si bien qu'en définitive on observe une image lacunaire médiane arrondie sur le fuseau lipiodolé.

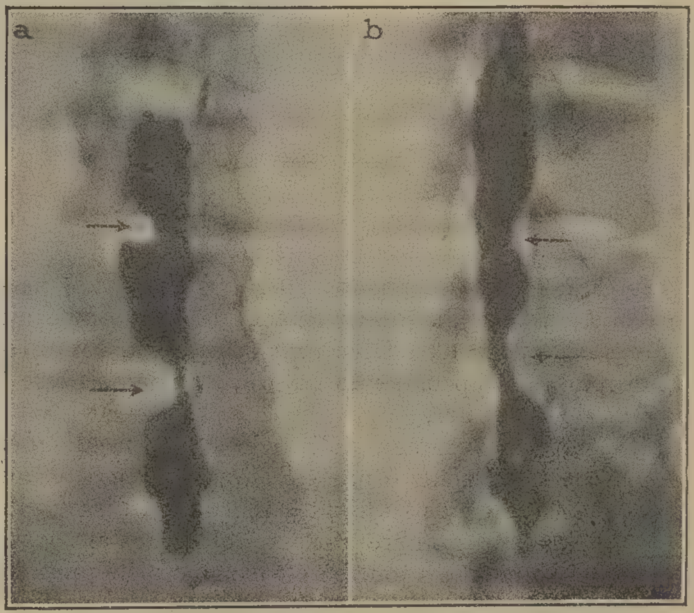


Fig. I (d'après BARR). Défects lipodiolés signant une double hernie postérieure unilatérale au niveau des ménisques L. III, IV, L. IV, V, Vus de face et de profil. (In thèse Monaque.)



Fig. II. Image de hernie bilatérale. (Malade du professeur Dupérié, in thèse Monaque.)

En résumé, la situation du défect en face d'un disque, sa constance à divers examens en décubitus ventral, accessoirement sur des clichés de profil, permettent avec l'aide des signes indirects et cliniques d'affirmer le plus souvent le diagnostic.

La topographie du défect par rapport à l'axe médian et au fuseau lipiodolé indique la variété de hernie en cause.

Il faut insister de nouveau sur ce fait que seul un transit lipiodolé effectué suivant les règles que nous avons énoncées, surveillé attentivement à l'écran, vérifié à plusieurs reprises, accompagné de radiographies dans les diverses incidences peut et doit faire découvrir plus fréquemment cette étiologie des sciatiques jusqu'alors mal connue.

TRAITEMENT

Tout malade chez qui le diagnostic de sciatique par hernie postérieure du nucléus a été porté est justiciable d'un traitement symptomatique.

Le repos en décubitus apporte la plupart du temps un soulagement qui, malheureusement, cesse dès la reprise de la marche.

Quant aux antalgiques, il semble que l'aspirine agisse d'une façon particulièrement heureuse dans cette catégorie de sciatique. Les injections para-vertébraes de solution cocaïnée peuvent entraîner un répit transitoire (De Sèze).

La radiothérapie doit être essayée, elle améliore parfois les malades pour un temps assez long, on peut supposer qu'elle agit sur les phénomènes congestifs qui semblent fréquemment associés à la hernie et qui favoriseraient la compression.

Si, malgré cette thérapeutique, l'affection se prolonge ou récidive rapidement, on est en droit de proposer au malade l'intervention chirurgicale.

Celle-ci consiste en une laminectomie à laquelle certains auteurs comme Glorieux associent une greffe d'Albee, alors que d'autres prétendent avoir d'excellents résultats par la seule résection des lames.

Il semble que l'intervention la plus logique consiste en l'ablation du nodule après laminectomie, mais que ce procédé soit peu employé à cause de sa difficulté dans la majorité des cas.

Si le malade se refuse à toute intervention sanglante, la seule ressource consiste dans le traitement orthopédique dont la valeur n'est pas confirmée et qui semble bien n'être qu'un pis-aller.

En conclusion, la recherche des hernies nucléaires d'une façon systématique appuyée sur un examen radiologique encore à perfectionner, doit permettre de diminuer dans une proportion importante le nombre de sciatiques dites jusqu'ici essentielles.

Travail de la Clinique des maladies nerveuses et mentales (Prof. J. Abadie) et de la Clinique d'électricité médicale (Prof. Réchou).

BIBLIOGRAPHIE

ABBOTT (D.). — Compression of the cauda equina. *Journ. Am. Med. Ass.*, 20 juin 1936.

ADSON (A. W.). — Diagnosis and treatment of Tumors of the spinal cord. *Northwest Med.*, 24 juill. 1925, p. 309-317.

ALAJOUANINE et PETIT-DUTAILLIS. — Compression de la queue de cheval par une tumeur du disque vertébral. *Bull. et mém. Soc. nat. chir.*, 1928, t. LIV, p. 1452.

— Le nodule fibro-cartilagieux de la face postérieure des disques intervertébraux. *Presse méd.*, 1930, n° 98, p. 1657, et *Presse méd.*, 1930, n° 102, p. 1749.

ALPERS, GRANT et YASKIN. — Chondroma of the intervertebral disks. *Ann. of Surg.* XCVIII, 10, 1933.

ANDRAE (R.). — Ueber Knorpelknötchen am. hinteren Ende des Wirbelbandscheiben im. bereich des Spinaalkanals, Beitrage z. *Path. Anat.*, t. 82, 1929.

BAILEY et BUCY. — Chondroma of intervertebral disk. *Surg. Clinics of North Amer.*, t. 10, 1930.

BARR (G. S.). — « Sciatica » caused by disk lesions ; 40 cases of rupture of disk occuring in low lumbar spine and causing pressure on cauda equina. *J. of Bone and Joint Surg.*, 19 avril 1937, 323-342.

BARR, HAMPTON et MIXTER. — Pain low in back and « Sciatica » due to lesions of intervertebral disks. *J.A.M.A.*, 109, 1265-1270, oct. 1916, 137.

BEAUDOIN et SCHAEFFER. — Revue générale annuelle, *Paris Médical*, 7 oct. 1933, p. 248.

BEADLE (O.). — The intervertebral Disks. *Medical Research Council Spécial Report*, série n° 161, Londres 1931.

BOTREAU-ROUSSEL et HUARD (P.). — Calcification du nucleus pulposus d'un disque intervertébral. *Ann. d'ant. path.*, 1930, t. VII, p. 782.

BOURDILLON. — *Ann. d'anat. path. méd.-chir.*, t. XI, n° 3, mars 1934.

BUCY. — Chondroma of intervertebral disk. *J.A.M.A.*, 1930, 1552.

BUSCH et CHRISTENSEN. — Lumbar herniation of tissue of nucleus pulp. *Zentralbl. f. Neurochir.* I, 53-58, oct. 1936.

CALVÉ (J.) et GALLAND (M.). — Le nucleus pulposus intervertebral. *Presse méd.* 1930, n° 31, p. 520, et *Journ. of Bone and Joint Surg.*, 1930, t. XII, p. 555.

— Le disque intervertébral en pathologie. *Rev. méd. franç.*, 1931, t. XII, p. 551.

CAMP (J. D.). — Multiple tumors within the spinal canal. *Amer J. Röntgen.*, déc. 1936.

— Röentgenologic **findings** in cases of protruded disks. *Proc. Staff. Meet.* **Mayo Clinic**, XII, juin 1937, p. 373.

CAPENER (N.). — Intractable sciatica due to prolapsed disk, treated by laminectomy. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 30 août 1937, p. 1262-1263.

CHIASSERINI. — Compressione della 6° radice cervicale destra da ernia di un nucleo-polposo. *Policlinico* (sez. prat.) 44, mai 1937, p. 1072.

COMPÈRE (E.) et KEYES. — Röentgenological studies of the intervertebral disk. *Amer. J. Röentgen.* XXIX, 774, 33.

CROUZON, PETIT-DUTAILLIS et CHRISTOPHE. — Sur un cas de compression de la queue de cheval d'origine traumatique par un nodule fibro-cartilagineux. *Rev. Neurolog.*, t. I, 1931.

DANDY. — Loose cartilage from intervertébral disk. *Arch. Surg.*, t. 19, 1929.

DITTRICH (R.). — Solitary cystic fibroma of cauda equina, calcification of intervertebral disk and congenital malformation of vertebrae. *Amer Journ. of Surgery*, 1929, t. VII, p. 840.

ELSBERG. — The extradural ventral chondromas. *Bull. neurol. Inst. New York*, vol. 1, 1931.

ELSBERG et STOOKEY. — The mechanical effects of tumors of the Spinal cord. *Arch. neurol and psych.*, t. 8, 1922.

FITTE (M. J.). — Lésions du disque intervertébral. *Ann. Inst. munic. de radiol. y fisioterap.*, 2, 1936.

FLOTHOW (P. G.). — Nucleus pulposus and hypertrophy of ligamentum flavum. *Northw. med.*, 37, janv. 1938.

GALLAND (M.). — Les déplacements divers du nucleus pulposus intervertébral. Rétropulsion. Paraplégie. *Arch. franco-belges de chir.*, 32, p. 479, 1930.

GEIST (S. H.). — Intervertebral disk. *J.A.M.A.*, 1931, 96, p. 1676.

GLORIEUX (P.). — Les hernies nucléaires postérieures. *Congrès internat. Zurich*, 1934.

— La hernie postérieure du ménisque intervertébral. Paris, 1937, Masson et Cie, édit.

Goldtwaite (J. E.). — The lumbo-sacral Articulation. Explanation of Many cases of « Lumbago », « Sciatica » and Paraplegia, *Boston Méd. Surg. J.* An 164, 365-272, 1911.

Grant (F. C.). — *Amer. Journ. Surg.* 1934, 23, 89.

Hampton et Robinson. — Demonstration of rupture of intervertebral disk. *Am. J. of Röentgen*, déc. 1936.

Hawk (W. A.). — Spinal compression caused by ecchondrosis of fibro-cartilage of Intervertebral disk. Brain, 59, 204-224, juin 1936.

Hutton et Young. — Chordoma. *Surg. Gyn. Obst.*, t. 48, 1929.

Johnson (R. Jr.). — Posterior luxation of the lumbo-sacral-joint. *J. of Bone a. Joint. Surg.* XVI, oct. 1934.

Junghans (H.). — Die praktische Bedeutung der Zwischen-wirbelscheibenerkrankungen. *Verh. des Deut. Röentg. Ges.*, t. 23, 1931.

— Die Zwischen Wirbelscheiben im Röentgenbild. *Forschr. a. d. g. d. Röentgen*, t. 43, 1931.

— Clinical signifiance of disks and their alterations. *Rev. med. germ. ibero-amer.*, t. 10, juin 1937.

Keyes (D.) et Compère (E.). — The normal and pathological physiology of the nucleus pulposus of the intervertebral disk. *J. of Bone and Joint Surg.* 1932, p. 897.

Kortzeborn (A.). — Schmorlschen-Knörpelknötchen unter Bilde eines Rückenmarkstumors im Bereich des Halsmarkes. *Zentr. Bl. f. Chir.*, t. 57, 1930.

Langeron et Lugez. — Le disque intervertébral. *Questions médicales d'Actualité*, oct. 1938, fasc. I.

Lenshoek (C. H.). — Protrusion of intervertebral disk into spinal canal with symptoms of compression of spinal cord and of spinal roots. *Nederl. tijdschr. v. geneesk.* 81, sept. 1937, p. 4435-4442.

Léri (A.). — Les compressions médullaires post-traumatiques lentes et progressives. *Rev. neurol.*, 1923, p. 588.

Love (J. G.). — Protrusion of the Intervertebral disk (Fibrocartilage) into the spinal canal. *Proc. Staff. Meet Mayo Clinic*, 11, 529-535, août 1936.

— Role of the Intervertebral disks in the production of chronic low back and sciatic pain. *Ibid.*, 12, 369-372, juin 1937.

Love (J. G.) et Camp (J. D.). — Root pain resulting from intra spinal protrusion of Intervertebral disks. Diagnosis and surgical treatment. *J. Bone and Joint Surg.* 19, 776, juill. 1937.

Love (J. G.) et Walsh (M. N.). — Protruded intervertebral disks. Report of 100 cases in which operation was performed. *J.A.M.A.*, 11, p. 396, juill. 1938.

Mauclaire et Misset. — Hernies du nucleus pulposus. *Rev. d'orthop.*, 1931, n° 6, p. 790.

Mauric. — Le disque intervertébral. *Thèse* Paris 1933, Masson et Cie, édit.

Middleton et Teacher. — Injury of the spinal cord due to rupture of an intervertebral disk during muscular effort. Glasgow M. J. 1911, t. LXXVI, p. 17.

Milward et Grant (J. A.). — Changes in the intervertebral disk following lumbar puncture. *Lancet*, II, 183, 1936.

Mixter et Ayer. — Herniation or rupture of intervertebral disk into the spinal canal. Report of 34 cases. *New Engl. Med. J.*, CCXIII, 385, 1935.

Mixter et Barr. — Rupture of intervertebral disk with involvment of the spinal canal. *New Engl. Med. Journ.*, n° 211, 1934.

Monaque. — Compression radiculo-médullaires basses par hernie postérieure du disque intervertébral. *Thèse* Bordeaux 1938.

Mooney (A. C.). — *Brit. Journ. Radiol.* 7, 46, 1934.

Moons et Van Bogaert et Nyssen. — Type sacré pur du syndrome de la queue de cheval par chondrome-chordome intrarachidien. *Journ. de neurol. et de psych.* 1927, n° 1, page 58.

Naffziger (H. C.). et Inman. — Lesions of intervertebral disks and ligamenta flava. Clinical and anatomical studies. *Surg. Gyn. and Obst.* 66, n° 2 A, fév. 1938, p. 288.

Ollin (H. A.). — Intervertebral disk's injuries. Anatomic and physiologic considerations. *Indust. médic.* 6 juill. 1937, p. 401.

Oppenheim. — Text book of norvous diseases, vol. I, 1911.

Oppenheim et Krause. — *Deutsch Med. Woch.* 1909.

Paltrinieri. — Sciatic paralysis caused by position hernia of degenerated lumbar disk. 1 case. *Chir. di. Org. di movimento*, 23, oct. 1937, p. 97.

Pechy (Von). — Zur Kenntnis der gutarigen Wilberlsaülengeschwülste im Wirbelkanal. *Frankf. Zschr. f. Pathologie*, 37, 1929.

Peet et Echols (P. H.). — *Arch. of. Neurol. and Psychiatr.* 32, 1934.

Petit-Dutaillis (D.). — Les paraplégies par nodule fibrocartilagineux des disques intervertébraux et leur traitement. *Revue médicale franç.* 15 mars 1934, p. 275.

Petit-Dutaillis et Lereboullet (J.). — *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.* 60, 1934, p. 691.

Petter. — Measuring pressure of the intervertébral disk *J. of Bone and Joint Surg.* avril 1933.

Racansky (F.). — Calcinosis and retropulsion of nucl. pulpos. *Casop. lék. cesk*, 75, nov. 1936, p. 1406.

Robineau. — Rapp. à la Soc. nat. de chir. 1929, t. LV p. 937.

Rouviere (H.) et Delon. — Topographie et rôle du nucleus pulposus. *Echo médical du Nord*, 5 mai 1936, p. 837.

Rubino. — Neurologic syndrome from hernia of nucleus pulposus. *Riv. di neurologia*, 10 oct. 1937, p. 491.

Saiz. — *In* Mauric.

Sashin. — Intervertébral disk extensions into the vertebral bodies and spinal canal. *Arch. surg*, t. 22, 1931.

Schachtschneider. — Das Bintere Bandscheibenprolaps in seinen Klinischen Auswirkungen. Fortsch. a. d. G. d. Röntgenstr. Bd. 54, H. 2 1936.

Schmorl et Junghans. — Die gesunde und Kranke Wirbelsaüle im Röentgenbild. *Fortschr. a. d. g. d. Röntgen.* t. 39, 1929.

Schmorl. — Ueber Knörpelknötchen an der Hinterfläche der wirbelbandscheiben.

Sherwood (K.) et Berens (S.). — Displacements of nucleus pulposus. Cause of back ache. *West. J. Surg.* 45, déc. 1937, p. 646.

Shtoltser (G.). — Schmorl nodules as source of diagnostic errors. *Sovet Khir.*, n° 9, p. 504, 1936.

Siegmund. — Possible role of industrial in jury in prolapse of posteriors disks. Autopsy and médico-legal opinion. *Monatschr. f. unfallh.* 43, déc. 1936, p. 609.

Simonds (F. L.). — Low back pain due to herniation or rupture into spinal canal. *Nebraska Med. J.* 22 déc. 1937, p. 456.

Slaughter (R.). — Herniation or rupture of Intervertebral disk. *South. Med. J.* 30 août 1937, p. 803.

Stookey (B.). — Compression of the spinal cord due to ventral extradural cervical chondromas. *Arch. of. Neurol. and Psych.* 20, 1928, p. 275.

Thomas et Villandre. — Tumeur extradurale de la région cervicale. Chordome. *Rev. Neurol.* T. I, 1928, p. 98.

Towne (E.) et Reichert (F.). — Compression of lumbosacral roots of spinal cord by thickened ligamenta flava. *Ann. Surg.* 1931. t. XCIV, p. 327.

Veraguth. — Extradurales myxochondrom am unteren-Ende des dural Sackes. *Schweiz. Woch*, t. 59.

Virchow (R. L. J.). — Berlin G. Remier, 1857.

Williams. — Lesions of the lumbo sacral spine *J. of Bone and J. Surg.* avril 1937.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

L'EMPLOI DES VITAMINES C CHEZ LE NOURRISSON

par M. L. Babonneix.

Origine (1). — Les *aliments* suivants, rangés par ordre alphabétique, *renferment la vitamine hydrosoluble C* ou *acide l-ascorbique* (Szent-Gyorgii) :

Banane, babeurre acide, carotte nouvelle, citron, épinard, graines où elle apparaît dès le trempage et augmente rapidement après la germination, jus de viande crue, laitue, orange, pomme, pomme de terre, prune, raisin, tomate (même en conserve) (Hess).

Beaucoup de fruits ou de légumes verts ne possèdent qu'une toute petite quantité de vitamine C et il faut les administrer *à fortes doses* aux nourrissons si on veut leur épargner les accidents de l'avitaminose correspondante (Ed. Lesné et R. Clément).

Ne contiennent pas de vitamine C les aliments suivants :

Amidons, extrait de viande, farines, fécules, graines non germées, graisses et huiles animales et végétales, levure de bière, malt et extrait de malt, œuf.

Etudions en détail le comportement des divers *laits* en ce qui concerne la vitamine C.

Le *lait maternel* en contient des quantités suffisantes.

Il en est de même pour le *lait de vache frais* (G. Mouriquand, Pouzet, Mlle Schœn et M. Bally), dont la teneur en vitamine C subit d'importantes variations saisonnières, baissant brusquement en novembre et restant à un niveau très bas jusqu'en avril, pour rester élevé en été et en automne, ces variations semblant indépendantes de la teneur en vitamine C du régime auquel sont soumises les vaches laitières (P. Rohmer, N. Beszonoff, Mlle Sanders et E. Stoerr).

Il en est de même encore :

1° Du *lait bouilli* cinq minutes;

2° Du *lait stérilisé à domicile*, avec un appareil du genre Soxhlet ;

3° Du *lait condensé sucré*, préparé à une température ne dépassant pas 80°, où elle se conserve environ quatorze mois (Bakke, Lesné et ses élèves, Mouriquand et son école) ;

4° Du *lait pasteurisé*, à condition que la pasteurisation n'ait été effectuée qu'une fois et qu'on ait pris certaines précautions : usage de trayeuses mécaniques, transport rapide du lait, remplissage très exact des récipients soigneusement réfrigérés (van Leersem) ;

5° Du *babeurre acide*, dont la valeur alimentaire s'explique peut-être en partie par sa richesse en vitamine C.

Le *lait sec*, surtout préparé au Spray, est assez pauvre en vitamine antiscorbutique.

Les *laits stérilisés à haute température, homogénéisés, oxygénés, maltés, les mélanges de farine et de lait en sont totalement dépourvus*, de même que les *pseudo-solutions à base de caséinate de calcium.*

En réalité, de nouvelles études ont montré que la vitamine C supporte parfaitement l'action de la chaleur, à condition qu'elle soit à l'abri de l'oxygène. MM. O. Meulmans et J.-B. de Hass tirent de leur article, paru en 1938, les conclusions suivantes :

1° Le lait concentré non sucré (évaporé) dilué et le lait entier stérilisé ont le même contenu en vitamine C que le lait de vache frais, soit environ un tiers du contenu en vitamine C du lait maternel.

2° La poudre de lait, le lait concentré sucré, le lait concentré sucré écrémé, le babeurre concentré ou en poudre et le lait acidifié en poudre, après dilution, contiennent en moyenne la moitié du contenu du lait de vache frais en vitamine C, soit quatre fois moins que le lait de femme.

3° L'addition préventive de vitamine C sous forme de jus de fruits ou d'acide ascorbique synthétique est absolument indispensable soit avec les laits conservés, soit avec le lait frais.

D'autre part, la synthèse de la vitamine C peut être réalisée par l'organisme du nourrisson âgé de moins de six mois (P. Rohmer et Beszonoff).

D'après le prof. Rohmer, voici la teneur de quelques aliments en vitamine C (pour 100 g. de substance et en milligrammes d'acide ascorbique) :

Oranges, citrons, groseilles noires, cresson : 50 à 150 milligrammes;

Lait de vache en hiver : 1 milligr. ;

Lait de vache en été : 2 mg., 50;

Lait de femme : 1 milligr., 2 à 3 mgr., 5, selon le régime.

Expérimentation. — L'expérimentation faite sur le cobaye (Axel Host, 1912), le rat et le pigeon montre qu'il existe au moins deux vitamines C (Mme Randoin et Lecoq, 1927) :

a) Une *spécifiquement antiscorbutique*, en collaboration avec la vitamine P (1), assurant la perméabilité des capillaires sanguins. Vient-elle à faire défaut, les « constantes » du milieu intérieur subissent des modifications profondes qui, troublant la nutrition de l'endothélium de ces capillaires, aboutissent à leur dégénérescence. « Ces cellules n'arrivent plus à maintenir le sang à l'intérieur des vaisseaux et se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leurs fonctions, notamment celle qui consiste à assurer le passage des éléments nourriciers aux cellules vivantes des os (chondroblastes et ostéoblastes), ces dernières s'altérant à leur tour avec une extrême vitesse » (Mme Randoin et H. Simonnet).

b) A côté de la vitamine antiscorbutique, il faut réserver une place à une autre vitamine, *jouant un rôle dans le métabolisme du fer.*

On admet qu'en plus, la vitamine C :

c) Se comporte comme un *facteur d'équilibre et d'entretien* (Mme Randoin) *jouant un rôle capital dans les phénomènes d'oxydo-réduction* (Szent-Gyorgii), en catalysant, par l'intermédiaire d'une oxydase spécifique, l'ascorbase, les oxydations cellulaires par libération réversible d'H, dont la combustion par l'oxygène est la source, chez les êtres vivants, de toute énergie ;

d) *Intervient dans le métabolisme des glucides ;*

e) *Stimule la croissance pondérale;*

f) *Protège l'organisme contre certaines infections et intoxications* (Mlle E. Harde).

Métabolisme. — Apporté par l'alimentation, l'acide l-ascorbique, dont l'organisme ne peut faire la synthèse, est résorbé par la paroi de l'intestin grêle et s'accumule dans certains organes, dont, surtout, la cortico-surrénale (Giroux et ses collaborateurs). Existe-t-il une infection digestive, cette résorption est troublée : *carence digestive* de G. Mouriquand (1925), Schroder (1935). Il est élimité par les urines. Chez le nourrisson, *l'état de saturation chimique*

---

(1) Cf. L. Babonneix, Les régimes chez l'enfant, Paris 1936, in-8,° p. 121-131. — Giroud. L'acide ascorbique, *Presse médicale*, 14 décembre 1938, p. 1838-1842. — A. Giroud et C.-P. Leblond. Thérapeutique des avitaminoses C chez l'homme, XXVe *Congrès de Médecine*, Marseille, sept. 1938. — Ed. Lesné et Robert Clément. Avitaminoses, in *Traité de médecine des enfants*. Paris, 1934, in-8°, t. I, p. 408-427. — G. Mouriquand. La vitamine C devant la clinique et l'expérimentation, *Monde médical*, 1er-15 juin 1935, n° 884, p. 788-796.— P. Rohmer. La vitamine C. Les grandes thérapeutiques. Les vitamines, Paris, s. d. in-4° (Byla); Id. Les vitamines dans la pratique médicale, *Concours médical*, 13 bis, 30, III , 1938, p. 917-918. — L. Randoin et H. Simonnet, Les vitamines, Paris, 1932, in-16, 217 p.

(1) La vitamine P (ne pas confondre aevc la vitamine antipellagreuse), encore mal connue et très discutée, est peut-être responsable des hémorrhagies du scorbut, lequel serait une avitaminose C+P (Szent-Gyorgii). Elle est contenue dans les jus de citron et d'orange et dans les légumes verts.

(v. Eckelen), correspondant aux besoins de l'organisme en acide ascorbique, sont de 8-15 milligrammes par jour.

Il faut à l'adulte de 50 (Giroud et Leblond) à 100 milligrammes (Codvelle, Simonnet et Mornand) d'acide ascorbique par jour, alors qu'un milligramme de B^1 ou de B^2, trois milligrammes de vitamine A et, chez l'enfant, un dixième de milligramme de vitamine D par jour sont suffisants (Giroud et Leblond). Gyorgii comme les auteurs précédents estime que la dose nécessaire de vitamine C est rarement fournie par l'alimentation chez l'adulte. A plus forte raison chez l'enfant, pour qui la dose optima, par kilog et par jour, est de 2 mgr., 60 pendant les premiers mois et plus encore chez les nouveau-nés prématurés, dystrophiques, infectés, etc. (P. Rohmer).

L'avitaminose C peut être la conséquence (Giroud et Leblond) : d'une alimentation insuffisamment riche en vitamine C, en cas d'alimentation suffisante; de facteurs *alimentaires*, par destruction de la vitamine, lorsque le régime n'est pas suffisamment équilibré; de facteurs *digestifs*, la vitamine pouvant être détruite dans l'estomac, lorsqu'il y a anachlorhydrie, ou dans l'intestin, du fait de certaines bactéries ou d'une entérite chronique; de facteurs *internes* : âge, les besoins de l'économie en vitamine C étant d'autant plus grands que l'enfant est plus jeune; fonctionnement des glandes endocrines, et particulièrement de la thyroïde, des glandes endocrines, et particulièrement de la thyroïde; de facteurs *externes*, toxiques ou infectieux.

Indications. — Ce sont :

1° La *maladie de Barlow*, dans ses formes typiques ou atypiques. Les unes et les autres s'observent chez des nourrissons soumis à un *régime pauvre en vitamine C*, c'est-à-dire auxquels on donne :

Des *laits stérilisés à haute température, homogénéisés, oxygénés, pulvérisés ou concentrés* dans de mauvaises conditions, des *mélanges de farine et de lait*. De ces produits, rapprochons les *pseudo-solutions à base de caséinate calcique ;*

Des *farines hautement blutées et stérilisées à haute température ;*

Exclusivement des *pâtes alimentaires*, des *farineux* et *légumes secs;*

Les formes *typiques* se reconnaissent à l'existence d'hémorragies, surtout sous-périostées et gingivales, à l'anémie, aux douleurs provoquées par les hématomes, à l'absence habituelle de fièvre.

Il y a aussi des formes (*carences inapparentes* de Mouriquand) qui n'attendent, pour se manifester, qu'un *facteur de révélation* (Mouriquand) dont, surtout, les infections et le déséquilibre alimentaire ; des formes *frustes*, beaucoup plus fréquentes (P. Rohmer), caractérisées par de la dystrophie (P. Rohmer) ou par de l'anémie, avec diminution de la résistance vasculaire (s. du but) et des formes *atypiques*, fébriles; des *formes associées* à un déséquilibre alimentaire ou humoral (R. Lecoq) ;

2° La *diphtérie*, la cortico-surrénale se vidant, à ce moment, de son acide ascorbique (G. Mouriquand et son école);

3° Les *broncho-pneumonies avec asphyxie prépondérante*, en raison des propriétés oxydo-réductrices de la vitamine C (G. Mouriquand) ;

4° La *maladie coeliaque*, où la résorption intestinale est entravée (P. Rohmer).

5° L'*hypothrepsie* (Hesse, Mouriquand).

Le diagnostic de l'avitaminose se fonde aussi sur des *méthodes de laboratoire :*

Examen des humeurs : présence, dans le sang, de quantités d'acide ascorbique inférieures à 0 g., 50 pour 100 cm³;

Examen des urines : un chiffre d'élimination de plus de quinze milligrammes par jour, pour l'adulte, correspondant à la normale, un chiffre de moins de dix milligrammes, à une avitaminose C. Les chiffres, chez l'enfant, seraient de 1 à 2 milligrammes par jour.

Test de saturation (Harris et Rey) : l'administration à un sujet carencé de doses successives de vitamine C provoque une augmentation graduelle du taux de l'acide ascorbique sanguin. Au delà d'un certain taux (1 milligramme par litre de sérum), cet excès apparaît dans les urines, dont le pouvoir réducteur augmente, comme le montre le dichlorophénol-indophénol, qu'on trouve dans le commerce sous forme de comprimés, mais qui a l'inconvénient de donner des chiffres trop forts.

Administration et posologie.

La vitamine C peut être administrée à titre préventif ou curatif.

A titre *préventif*, elle est prescrite dès le sixième mois (P. Rohmer), dès le troisième ou le quatrième, pour d'autres.

A titre *curatif*, elle convient surtout aux formes frustes du scorbut infantile.

Pour l'introduire dans l'économie, divers procédés :

1° *Adjonction au régime de jus de fruits ou de légumes frais*, qu'on aura soin de faire absorber dès leur préparation, pour éviter les fâcheux effets de l'oxydation sur la vitamine C.

Pour le jus de fruits acides, on se rappellera qu'il faut en donner de grandes quantités (Ed. Lesné et ses élèves, Mouriquand et son école) : jus de citron surtout ; à son défaut, jus d'orange ou de tomate.

Pour le jus de légumes frais : épinards, choux, cuits à l'étuvée, on en donnera 3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

2° *Administration d'acide ascorbique :*

MM. Giroud et Leblond indiquent, comme doses moyennes, chez l'enfant, de 20 à 40 milligrammes par jour. Le traitement sera continué jusqu'à saturation de l'organisme, 40 à 75 % de la dose se retrouvant dans les urines.

De trop fortes doses peuvent déterminer des accidents vagotoniques, dus à l'acidose, et qui cessent si l'on remplace l'acide par son sel de sodium (Widenbauer).

a) *Par voie buccale :* on trouve, dans le commerce, des spécialités qui permettent de donner les quantités de médicament calculées en fonction du poids et de l'âge (v. plus haut).

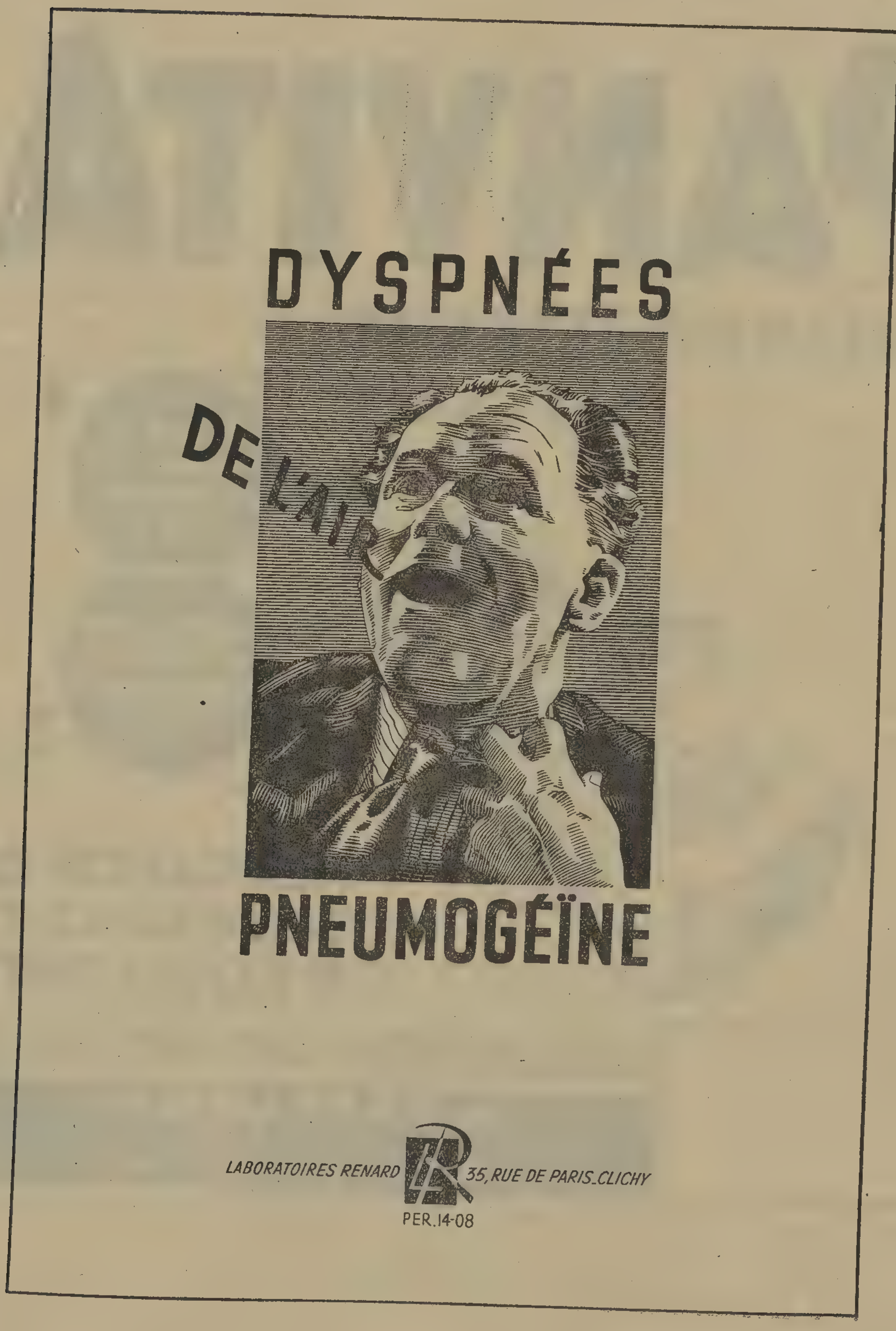
b) *Par voie parentérale*, quand il faut aller vite. Inutile d'ajouter que, chez le nourrisson, il est nécessaire de dénuder la veine, ce qui nécessite une certaine expérience. On peut ainsi injecter 0 g., 10 à 0 g., 20 d'acide ascorbique en une ou deux fois, chaque jour, sans craindre d'hypervitaminose, l'excès de vitamine C étant, soit détruit par l'organisme, soit éliminé par les urines et par la bile.

Cette voie « présente des inconvénients : si la neutralisation de l'acide ascorbique avant l'injection n'est pas bien faite, des phénomènes d'hémolyse peuvent se produire. Il est vrai qu'il existe dans le commerce de bonnes préparations d'acide ascorbique neutralisé prêt à être injectées » (Giroud et Leblond).

On n'oubliera point, par ailleurs, de redresser les erreurs de régime, d'éviter l'usage d'aliments carencés, de veiller à ce qu'entre les divers éléments de la ration existe un équilibre convenable. Toutes les fois que faire se pourra, l'enfant sera mis au sein. A défaut de lait maternel, on donnera du lait de vache stérilisé à basse température. Est-on obligé de recourir au lait en poudre ou au lait condensé, on s'efforcera d'en avoir qui ne soit pas trop vieux.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.


DYSPNÉES
DE L'AIR
PNEUMOGÉINE
LABORATOIRES RENARD 35, RUE DE PARIS_CLICHY
PER. 14-08

N° 27. — MERCREDI 5 AVRIL 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE). PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Dissociation auriculo-ventriculaire, par M. R. MASSIÈRE.

Anesthésie générale à l'éther réchauffé, par M. GEORGES PASCALIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Ostéo-arthritique tuberculeuse de l'épaule, par M. J. REIGNIER (à suivre).

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours pour deux places de *chirurgien des hôpitaux. — Nomination :*

Epreuve orale de Thérapeutique chirurgicale : MM. Bauman, 29 ; Padovani, 29 ; Mialaret, 30 ; Longuet, 29.

Classement des candidats : 1. M. Padovani, 96 ; 2. *M. Mialaret*, 92 (nommés).

M. Bauman a obtenu 91 points et M. Longuet 89.

Concours d'oto-rhino laryngologiste des hôpitaux (2 places).

Epreuve orale théorique : MM. Leroux-Robert, 20 ; Lemaître, 20.

Question donnée : Signes et diagnostic des anévrismes de la crosse de l'aorte.

Epreuve clinique : MM. Lemaître, 19 ; Leroux-Robert, 20.

Classement des candidats : 1. M. Leroux-Robert, 109 ; *M. Lemaître*, 106 (nommés).

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Jury : MM. Dupuy-Dutemps, Terrien, Poulard, Hartman, Bollack, Etienne Bernard et Cunéo.

Censeurs : MM. Hudelo et Parfonry.

Concours de l'Internat de Brévannes, Ste-Périne, Chardon-Lagache, Hendaye et Raymond Poincaré. — Le jury est définitivement composé de MM. Fèvre, Hillemand et Lamy.

Hôpitaux psychiatriques départementaux. — M. le docteur Fretet, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines, est nommé médecin chef de service à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), en remplacement de M. le docteur Vallade, affecté à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var).

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du Prosectorat.* — Jury : Président : M. P. Duval, MM. Hovelacque, Olivier, Richet, P. Duval, Cunéo, Ombrédanne, Chevassu, Mondor, Leroux.

Suppléants : MM. Gayet, Funck-Brentano.

Concours de l'Adjuvat. — Jury : Président : M. Gosset, MM. Rouvière, Olivier, Binet, P. Duval, Mocquot, Mondor.

Suppléants : MM. Hovelacque, Gayet, Petit-Dutaillis.

Faculté de médecine de Paris. — *Bibliothèque.* — En raison de la tenue à Paris, entre le 15 et le 31 mai 1939, des concours d'agrégation, *le prêt extérieur de toutes publications* sera *entièrement suspendu entre le 1er et le 31 mai* 1939. Aucune suite ne pourra être donnée pour quelque raison que ce soit aux demandes formulées à cette époque.

Le retour à la Bibliothèque de tous les ouvrages empruntés, même depuis moins de un mois, devra être effectué pour le 1er mai au plus tard. Aucun nouveau prêt ne pourrait être ultérieurement consenti à ceux des emprunteurs qui ne se seraient pas mis en accord avec cette prescription impérieuse prise dans l'intérêt même des candidats.

Ecole du service de santé militaire. — Le *Journal officiel* du 1er avril publie une instruction du président du conseil, ministre de la défense nationale, relative à l'admission en 1939 d'indigènes non-citoyens français

d'Algérie, des colonies et des protectorats à l'Ecole du service de santé militaire.

Prix Etienne Taesch. — Les candidats à ce prix, dont le montant sera de 6000 frs pour l'année 1939 devront adresser avant le 1er juin 1939, à M. L. Michon, secrétaire général de l'Association française d'urologie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e).

1° La liste complète de leurs travaux ; 2° le texte original des principaux travaux ; 3° un aperçu sur les recherches qu'ils ont l'intention d'effectuer et pour lesquelles ils sollicitent le prix.

Congrès ajourné. — Le Congrès international de l'Association des Anatomistes qui devait se tenir à Buda-Pesth du 2 au 6 avril a été ajourné *sine die* en raison de la situation politique en Europe centrale.

Université de Berne. — Notre éminent confrère et ami le professeur F. de Quervain qui exerça longtemps à la Chaux-de-Fonds avant d'enseigner à Bâle puis à Berne où depuis vingt ans il occupait la chaire de clinique chirurgicale, vient d'être atteint par la limite d'âge. Saluons le grand chirurgien dont les travaux sur la tuberculose, le cancer et le goître sont et demeureront classiques.

Le 25e Congrès national d'hygiène sociale se tiendra à la Faculté de Médecine de Bordeaux, sous la présidence de M. Georges Risler, membre de l'Institut, les 19, 20 et 21 mai prochains.

Les rapports soumis au Congrès seront relatifs aux résultats obtenus particulièrement dans le département de la Gironde en ce qui concerne la lutte contre les fléaux sociaux et à la coordination dans cette lutte entre l'activité des collectivités publiques et celle des initiatives privées. Ils seront présentés par les Docteurs Petges, Piéchaud, Ginestous, Depierris, Belliard, Réchou, Balard et Forestier, inspecteur général des services départementaux d'hygiène de la Gironde.

Le Congrès examinera également sur un rapport de Mme Louise Hervieu et du docteur Brévan la question de l'institution du Carnet de la Santé.

Des visites d'institutions sociales seront organisées à l'occasion du Congrès. Elles comprendront notamment les visites suivantes : la Pouponnière des Enfants assistés, les piscines municipales, le stade municipal, la cité universitaire, le sanatorium du Haut-Lévêque, le préventorium maritime, l'aérium d'Arès, etc...

La préparation du Congrès est confiée à un Comité bordelais d'organisation sous la présidence du docteur Rocaz.

La Société nationale des Chemin de fer accordera aux Congressistes une réduction de 40 % sur le parcours en chemin de fer.

Les adhésions sont gratuites. Elles sont reçues au siège de la Fédération des Œuvres girondines de l'Enfance, 168, cours de l'Argone à Bordeaux et au siège de l'Alliance d'Hygiène Sociale, 5, rue Las-Cases, Paris.

COURS

Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris. — (Hôpital Tenon, 4, rue de la Chine (métro Gambetta). — *Cours de perfectionnement sur les arythmies.* — Ce cours, qui aura lieu à l'hôpital Tenon du 16 au 26 mai 1939, sera fait par M. Camille Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Haguenau, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon ; Henri Welti, chirurgien des hôpitaux ; Gilbert-Dreyfus et F.-P. Merklen, médecins des hôpitaux ; Facquet et P. Frumusan, anciens Internes des hôpitaux et Assistants du service ; Abaza, Brocard, Deparis, Even, Ménétrel, Odinet, Pautrat, Puech, Schapira, Siguier, Tardieu et J.-J. Welti, anciens Internes du service ; M. Marchal, assistant d'électroradiologie ; Golblin, assistant d'électrocardiographie et de consultation (maladies des veines) ; Baraige, assistant de laboratoire ; G. Minot, Ingénieur E.P.C.I. ; Aurenche, Interne du service.

Tous les matins, à 10 heures, conférence clinique à l'Amphithéâtre des Cours ; à 11 heures, Exercices cliniques dans le service.

Tous les après-midi à 15 heures et à 17 heures, deux Conférences cliniques ; à 16 heures, Démonstration pratique.

Droit d'inscription 250 frs. Inscription à la Faculté (salle Béclard A.D.R.M.).

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec une vive affliction la mort de notre collègue et ami le docteur Leven, ancien interne des hôpitaux de Paris (1897), secrétaire général de la Société de thérapeutique et de l'union thérapeutique internationale, médecin consultant des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris. Nous prions Madame Leven et ses fils, le docteur Roland Leven et M. Jean Leven, de recevoir l'expression de notre très affectueuse sympathie.

DISSOCIATION AURICULO-VENTRICULAIRE

Considérations pathogéniques

Par R. MASSIÈRE,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Les dissociations auriculo-ventriculaires ont été particulièrement étudiées depuis la description classique du syndrome de Stokes-Adams. On a successivement décrit des rythmes de plus en plus compliqués qui peuvent sensiblement rentrer dans les groupes suivants :

1° Blocage simple constitué par le manque de réponse ventriculaire à certaines ondes auriculaires;

2° Blocage partiel dans lequel en plus du manque de réponse ventriculaire à certaines ondes auriculaires on constate des contractions ventriculaires autonomes,

3° Bloc complet avec indépendance complète du rythme des oreillettes et de celui des ventricules, ce dernier étant déterminé par l'activité du centre idio-ventriculaire;

4° Dissociation i nterférentielle de White-Möbitz, dans laquelle le rythme ventriculaire a une fréquence supérieure à celle des oreillettes, ce qui permet à certaines contractions auriculaires tombant en plein diastole de déclencher une contraction ventriculaire, d'où le phénomène de capture;

5° Une entrication de blocs partiels avec des dissociations complètes.

En publiant un cas de dissociation auriculo-ventriculaire nous voudrions montrer que, malgré sa relative simplicité, les théories ne rendent pas compte des faits de façon satisfaisante.

Observation

Sujet de cinquante-cinq ans, présentant des accidents essentiellement caractérisés par une perte brusque de connaissance, donnant un tableau de mort apparente pendant un court instant. Certaines de ces crises syncopales s'accompagnent de quelques secousses dans les membres. Ensuite, le malade revient à lui et déclare ne pas se souvenir de ce qui lui est arrivé.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire montre immédiatement de la bradysphygmie et une bradycardie d'une fréquence de 31 à 38. Souvent, dans ce rythme cardiaque ralenti, s'intercalent régulièrement des extrasystoles qui ne se transmettent pas au pouls, mais qui donnent à l'auscultation un rythme bigeminé typique. L'auscultation des orifices cardiaques montre l'existence intermittente d'un souffle systolique à l'orifice aortique.

La pression artérielle est : mx = 15, mn = 7.

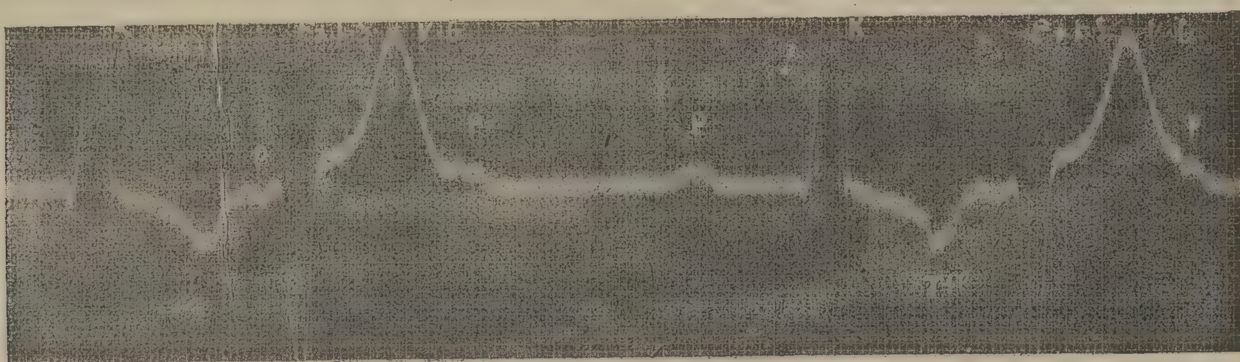
La dyspnée est légère, il n'y a pas d'œdème.

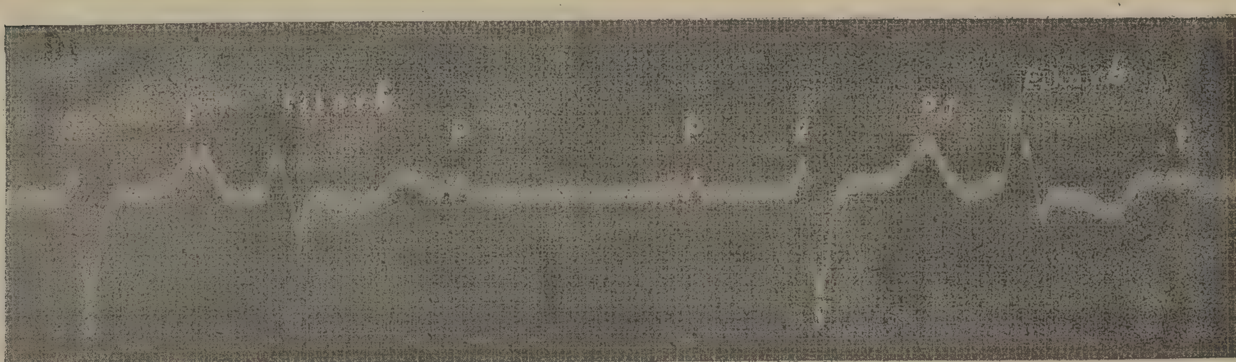
Les réactions de Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke, sont négatives. L'azotémie est de 0,45.

Il s'agit d'une dissociation auriculo-ventriculaire. L'électro-cardiogramme donne dans les trois dérivations les précisions suivantes :

1° Caractéristiques de temps :

Rythme des oreillettes, 95-99.
Rythme des ventricules, 31.
P = 0''10. PR = 0''34 invariabilité de PR. QRS = 0''14.
R = 0''10. ST = 0''10. T = 0''22. QRST = 0''46.





Si ces rythmes ont été minutieusement étudiés sur des tracés électrocardiographiques, c'est parce que les divers auteurs avaient pour buts essentiels de confronter les cas fournis par la clinique avec les théories de la contraction cardiaque et surtout de la transmission des contraction des diverses cavités cardiaques les unes aux autres.

C'est pour rendre compte des anomalies de certains tracés qu'à côté de faits physiologiquement démontrés par l'expérimentation on a vu apparaître toute une série d'hypothèses. A y regarder d'un peu près et malgré leur très grande ingéniosité on est obligé de reconnaître que bien souvent cette accumulation d'hypothèses n'introduit pas beaucoup de clarté.

2° Caractéristiques de forme :

a) En DI :
P positif;
QRS prédominant élargi;
T positif, grande amplitude diphasisme de S et T.

b) En DII :
P positif;
QRS, R élargi;
T négatif, pointe grande amplitude.

c) En DIII :
P positif;
QRS, R prédominant élargi :
T négatif, diphasisme de R et T.

Extrasystoles ventriculaires gauches interpolées en bigeminisme régulier.

Ce tracé de dissociation auriculo-ventriculaire incomplète montre les particularités suivantes :

Les contractions ventriculaires normales sont avec les contractions auriculaires dans le rapport de 1 à 3. Chaque contraction ventriculaire normale est rigoureusement déclenchée par une contraction auriculaire. L'intervalle PR est absolument constant et égal à 0''34. Le bigeminisme est dû à l'interpoaltion d'extrasystoles ventriculaires gauches.

Il existe un bloc de la branche gauche du faisceau de His se traduisant par l'élargissement de QRS, le diphasisme de S et T en première dérivation ; le diphasisme de R et T en troisième dérivation.

Est-il possible de donner une explication claire de ces diverses particularités à l'aide des théories de la transmission de la contraction des cavités cardiaques les unes aux autres.

Dans la théorie classique, la contraction prend naissance au niveau du nœud sinusal de Keith et Flack et se propage dans les oreillettes en suivant les vestiges assez mal connus du tube cardiaque embryonnaire décrits, sous le nom de faisceaux de Wenkebach, de Thorel et de bandelette inter-auriculaire de Bachmann. Ce que l'on peut appeler l'influx contractile, atteint ensuite le nœud de Tawara, puis le faisceau de His dont il suit les deux branches. Pour expliquer la dissociation auriculo-ventriculaire on admet que, soit par lésion ou par troubles fonctionnels, les faisceaux de fibres unitives ne conduisent plus ou ne conduisent que par intermittence l'incitation contractile.

Dans la théorie neurogène, pour expliquer le blocage, on admet que les éléments nerveux de tissu autonome ont une période réfractaire.

Dans la théorie myogène on admet toujours que la conduction se fait par les éléments musculaires du tissu cardiaque spécifique et l'on explique le blocage par des variations de la chronaxie des faisceaux de fibres unitives. Van Bogaert a établi, en effet, qu'il existait dans le cœur une chronaxie longitudinale correspondant au tissu myocardique et une chronaxie transversale triple de la première, correspondant au tissu autonome. La modification du rapport normal des chonaxies ferait apparaître le blocage auriculo-ventriculaire.

Dans le cas que nous étudions, les contractions ventriculaires normales sont rigoureusement déclenchées par les contractions auriculaires une fois sur trois. Si l'on considère qu'il existe une lésion ou même de simples troubles fonctionnels du tissu spécifique unissant les oreillettes aux ventricules, il paraît difficile d'admettre que ce tissu lésé conduise l'irritation contractile avec cette périodicité remarquablement constante de une fois sur trois qui n'est jamais mise en défaut, puisque l'intervalle PR est toujours égal à o'',34.

Lorsque dans le tabes il y a atteinte du nerf nudiculaire de Nageotte, c'est l'anarchie motrice, l'ataxie.

La théorie classique avec ses deux modalités neurogène et myogène rend donc bien difficilement compte des réponses ventriculaires absolument régulières. De plus, même si on admet la transmission de l'influx contractile des oreillettes aux ventricules par les fibres unitives, il surgit dans l'observation présente une autre difficulté. Il y a blocage de la branche gauche du faisceau de His, il faut donc alors admettre l'un ou l'autre des deux systèmes d'explication ou bien la transmission atteint tout d'abord le ventricule droit par la branche droite du faisceau et c'est la contraction de ce ventricule qui entraîne celle du ventricule gauche ou bien c'est la contraction du muscle auriculaire qui déclenche directement celle du ventricule gauche, les fibres unitives n'intervenant pas; dans les deux cas la contraction passe sans intermédiaire d'une cavité à l'autre, elle se transmet de muscle à muscle et l'on peut, comme nous le verrons, expliquer la dissociation auriculo-ventriculaire sans faire d'hypothèse sur les modifications des propriétés du faisceau le His et du tissu similaire.

En s'appuyant sur la théorie classique une grosse difficulté apparaît encore. Lorsque le blocage ralentit considérablement les contractions ventriculaires on voit apparaître l'action de centres qui commandent l'automatisme infra-sinusal, en particulier le centre idio-ventriculaire dont la fréquence est égale à quarante. Dans l'observation présente où la fréquence des contractions ventriculaires est égale à trente et un, comment se fait-il qu'à aucun moment on ne voit se manifester les centres de cet automatisme infra-sinusal qui ont une fréquence supérieure à trente et un ? Il y a bien des extra systoles, mais le tracé électrocardiographique montre qu'elles ne sont pas déclenchées par un centre d'automatisme infra-sinusal, mais qu'elles prennent naissance dans une région non spécialement différenciée du myocarde ventriculaire.

Les autres théories rendent-elles mieux compte des faits ? Pour Henrijean, dans les phénomènes de blocage. le nœud de Tawara dirige le rythme ventriculaire et continue à subir l'influence du nœud sinusal, mais sa réceptivité vis-à-vis de ce centre serait très diminuée et il faudrait alors plusieurs décharges du nœud de Keith et Flack pour amener celle du nœud de Tawara, qui déclenche alors la contraction ventriculaire. Dans cette hypothèse, nous retrouvons pour le cas présent une objection déjà invoquée; puisqu'il y a blocage de la branche gauche du faisceau de His, il faut que la transmission de l'onde de contraction se fasse à un moment de muscle à muscle, sans intermédiaire, et l'on ne voit pas très bien la nécessité d'imaginer une propriété spéciale pour le nœud de Tawara; il paraît plus simple d'attribuer la réponse retardée des ventricules à une perturbation du muscle ventriculaire lui-même.

Géraudel a introduit en cardiologie une conception différente du mécanisme de déclenchement des contractions des diverses cavités cardiaques. Il existerait deux formations comparables à des plaques motrices et absolument indépendantes l'une de l'autre : l'une, l'atrio-vecteur, déclencherait la contraction auriculaire, l'autre, le ventriculo-vecteur, serait à l'origine de la contraction ventriculaire. La décharge de ces deux centres est commandée par leur irrigation; si on considère une contraction ventriculaire prise pour origine, elle chasse le sang dans les coronaires, et c'est cet afflux sanguin qui déclenche l'atrio et le ventriculo-vecteur, mais, pour Géraudel, l'artère de l'atrio-vecteur étant plus courte que celle du ventriculo-vecteur, l'action sanguine se fait d'abord sentir sur les oreillettes, qui se contractent les premières, puis sur les ventricules; la contraction ventriculaire paraît ainsi liée à celle de l'oreillette, mais, en réalité, il y a indépendance. Dans les cas de blocage, il y aura exagération de ce phénomène de retard, par suite de lésions de l'artère du ventriculo-vecteur. Dans notre observation, cette théorie ne rend pas compte de la périodicité remarquable avec laquelle la contraction ventriculaire répond à celle des oreillettes.

Il semble que, tout au moins dans le cas présent, la théorie purement myogène rende compte des faits observés, et cela sans faire intervenir le faisceau de His. On sait que cette théorie ne repose que sur les propriétés de la fibre musculaire cardiaque.

Pour les myogénistes, comme C. Frédéricq, la pulsation du cœur est une onde de contraction qui débute dans l'oreillette droite, se transmet directement à l'oreillette gauche, puis traverse avec un retard le faisceau de His pour

s'irradier ensuite dans les ventricules. De nombreuses expériences démontrent que les fibres nerveuses du myocarde et celles du faisceau de His ne sont pas indispensables. En voici deux particulièrement démonstratives. Le cœur des mammifères peut être réanimé quarante heures après la cessation des battements, ce qui ne peut être expliqué par la théorie neurogène, les éléments nerveux étant particulièrement fragiles.

Sur la préparation cœur-poumons, Asher a vu le cœur battre alors que la teneur en oxygène était tombée à 6 %, cette proportion ne permettant pas la survie des éléments nerveux.

Le myocarde a en particulier des propriétés de conductibilité; en effet, des sections en zig-zag du cœur laissent la conduction intacte tant qu'il reste un pont musculaire. En dehors du faisceau de His, n'y a-t-il aucune jonction auriculo-ventriculaire ? Comme l'écrit Demoon, le réseau de Purkinje constitue un plan continu endo-sous-endocardique qui s'étend des oreillettes aux ventricules; il y a là un système apte à conduire dans toutes les directions. Dès lors, l'interprétation des faits peut se faire avec simplicité et sans accumulation d'hypothèses.

On sait combien la notion de chronaxie a fait faire de progrès à la connaissance du fonctionnement neuro-musculaire. La chronaximétrie du cœur a été l'objet d'études de Lapicque, de Veil et H. Frédéricq, qui ont recherché la chronaxie des fibres de Purkinje dans le cœur. A l'état normal, la contraction cardiaque prend naissance dans l'oreillette droite, elle se transmet aux ventricules par le faisceau de His, mais les fibres du faisceau ont une chronaxie élevée, ce qui explique le ralentissement de la conduction et le phénomène de l'intersystole. Mais, comme l'écrit Mahaim, si l'excitation ne peut plus emprunter la voie relativement rapide du tissu spécifique, elle chemine dans le myocarde ventriculaire par le réseau sous-endocardique de Demoon, dont la conductibilité est faible, et parvient à la pointe du cœur avec un retard plus ou moins considérable, selon l'élévation de la chronaxie de cette voie continue qui transmet dans toutes les directions. Le ralentissement se traduit par l'élargissement du complexe QRS de l'électro-cardiogramme. Or, c'est justement ce que l'on observe dans le cas présent, l'ensemble QRS est très notablement élargi. L'élévation de la chronaxie du réseau de conduction suffit donc à expliquer les deux faits essentiels observés : la liaison invariable des ventricules aux oreillettes et la périodicité de leur réponse. Les modifications de l'équilibre humoral sont susceptibles de faire varier la chronaxie du cœur. Cardot et Julien ont montré que l'ion K à dose moyenne abaissait la chronaxie, l'ion Na ayant une action inverse.

***

En résumé, cet exposé conduit aux *conclusions* suivantes :

1° Dans le cas considéré, les particularités peuvent être expliquées en considérant uniquement les propriétés de la fibre musculaire cardiaque.

2° Le faisceau de His présentant un blocage, la conduction de la contraction se fait par le plan endo-sous-endocardique des fibres de Purkinje, ce qui explique la permanence de la liaison oreillettes-ventricules.

3° La conduction par le plan endo-sous-endocardique est démontrée par l'élargissement du complexe QRS.

4° Le ralentissement des ventricules s'explique par l'élévation de la chronaxie du système conducteur.

5° Malgré la fréquence ventriculaire très basse, aucune action du centre idio-ventriculaire ne se manifeste et l'existence d'un pareil centre paraît pouvoir être mise en doute.

BIBLIOGRAPHIE

CARDOT et JULIEN. *Archives internationales de Pharmacie et de Thérapeutique*, 1930.
DEMOOR. Les régulations hormonales, Ballière, 1937.
FROMENT. *Presse Médicale*, 21 janvier 1939.
GÉRAUDEL. Le mécanisme du cœur et ses anomalies.
LAUBRY. Leçons de cardiologie de l'Hôpital Broussais.
MAHAIM. *Annales de Médecine*, 1932, p. 347.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE A L'ÉTHER RÊCHAUFFÉ

Par M. Georges PASCALIS

Dans la *Presse Médicale* du 15 février 1939, Wilmoth nous fait connaître l'utilisation à l'étranger et notamment en Italie, de l'éther surchauffé pour l'anesthésie générale.

La nouveauté est relative. Voici dix ans que je l'utilise pour le plus grand bien de mes malades. Je l'ai dit et écrit maintes fois sans éveiller aucun écho.

L'éther est actuellement et très justement le plus employé des anesthésiques. Le risque de syncope, sans aucune précaution préalable, est, avec lui, réduit à peu de choses et, de toutes façons, moindre qu'avec les autres produits. Aussi bien et j'y reviendrai tout à l'heure, il ne tient qu'au chirurgien de le voir totalement disparaître.

S'il n'a pas, vis-à-vis du foie, l'action bienfaisante bruyamment proclamée vers 1906, il est ici, cependant, moins nocif que les autres narcotiques, chloroforme en premier. Le plus grave reproche qui puisse lui être fait, c'est son action irritante sur la muqueuse de l'arbre respiratoire. Celle-ci se traduit, macroscopiquement, par une hyper sécrétion de la trachée, des bronches, des alvéoles. Il est logique de penser que cette irritation est responsable des lésions pulmonaires post opératoires observées de temps à autre, plus que les produits du clivage de la molécle albuminoïde.

C'est pour remédier à cet inconvénient que j'ai demandé, il y a quelques dix ans, à un constructeur, de placer une source de chaleur entre le réservoir et le masque de l'appareil d'Ombredanne. En l'espèce, une petite chaufferette cylindrique, remplie de baryte. Une tubulure cruciforme lui offre un logement dans sa portion horizontale et les vapeurs d'éther aspirées se réchauffent à son contact. Il suffit de mettre la chaufferette dans l'eau bouillante pendant un quart d'heure, pour la porter à une température élevée qu'elle conserve trente à quarante minutes. C'est plus qu'il ne faut pour exécuter la majorité des opérations courantes. Une chaufferette de rechange, permet de continuer aussi longtemps qu'il est nécessaire.

J'avais d'abord songé à utiliser comme source de chaleur, une résistance électrique ou une circulation d'eau chaude. Mais j'ai pensé que, dans le premier cas, le personnel au cours des allées et venues, risquerait de marcher sur les fils et de les arracher et aussi, à la nécessité d'interrompre le courant pour passer de la salle d'anesthésie à la salle d'opérations. La circulation d'eau chaude m'avait paru trop compliquée alors. J'ai actuellement un appareil de cette nature en construction.



Fig. I. — Le Réchauffeur de PASCALIS monté sur l'appareil d'Ombrédanne.



Fig. II. — La chaufferette et son logement.

Je n'ai pas fait de recherches expérimentales comparables à celles que rapporte Wilmoth et qui montrent l'action bienfaisante du chauffage sur la cellule hépatique, rènale ou pulmonaire. Mais je sais que pratiquement, je ne vois plus de complications pulmonaires sérieuses. Et l'opinion des médecins, qui insistent pour que leurs malades soient endormis à l'éther réchauffé, est pour moi un témoignage capital au crédit de la méthode.

La quantité de drogue inhalée est diminuée d'un tiers environ, les vomissements sont également moins fréquents — ces vomissements que l'on met au compte de l'anesthésie et qui sont, bien souvent, dus à la morphine — Les maux de tête et les troubles intestinaux sont nuls ou insignifiants. Il y a donc là un progrès certain à défaut d'une nouveauté.

J'ai dit plus haut, qu'il ne tenait qu'au chirurgien de voir disparaître les syncopes blanches ou bleues. Il suffit — que ce clou est donc difficile à enfoncer ! — comme nous l'avons montré avec Garrelon, de rechercher le réflexe oculo cardiaque de chaque patient. Aux réceptifs, dont le pouls ralentit, on fera, une demi-heure avant la narcose, un demi milligramme de sulfate d'atropine. Aux résistants, dont s'accélère le pouls, on injectera sur la table d'opérations, un demi à trois milligrammes de salicylate d'ésérine pour obtenir une anesthésie parfaite et exempte d'aléas. Après avoir appliqué ces règles à plusieurs milliers de malades sans le *moindre incident* — résultats confirmés par ceux de nombreux chirurgiens — j'ai le droit d'être affirmatif.

Avec l'éther réchauffé et un bon équilibre vago sympathique, l'anesthésie a cessé depuis longtemps, d'être pour moi un sujet de préoccupation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 28 MARS 1939

Réalisation expérimentale de l'adénome prostatique. — MM. Gabriel PETIT, Pierre GLEY et ETIENNE BÉRAUT. — Chez le chien *impubère*, la folliculine exerce une action considérable sur la prostate et sur la partie de l'urètre incluse dans cette dernière, c'est-à-dire l'urètre prostatique.

La prostate précipite son évolution jusqu'à acquérir, parfois, sa structure définitive, ce qui est déjà remarquable, mais *elle ne forme pas d'adénome.*

L'urètre, au contraire, comme jadis chez l'embryon, voit son épithélium proliférer et pousser, en grand nombre, des bourgeons qui se ramifient, surtout à leur extrémité, où ils se segmentent et se transforment en véritables glandes (néoformées), *histologiquement représentatives de l'adénome.*

Sans prétendre naturellement, rien n'autorisant cette conclusion, que l'hypertrophie prostatique « adénomateuse » se réalise identiquement chez l'homme, ou que son origine « femelle » est indiscutable, on ne peut qu'être impressionné par cette puissance extraordinaire, que révéla l'expérimentation, de l'œstrone ou folliculine !

Les petits oxycarbonémiques. — M. LOEPER. — L'intoxication endogène oxycarbonée existe. Elle doit être recherchée chez tout sujet présentant des signes nerveux, vasculaires, pulmonaires, céphalalgiques, digestifs ou sanguins même dans la polyglobulie.

Elle peut être l'intermédiaire chimique entre certains symptômes observés chez les malades et leur affection causale.

Le spectroscope est insuffisant pour la déceler, seul est précis et délicat le dosage chimique suivant la méthode de Nicloux.

L'oxyde de carbone naît de la combustion incomplète des sucres ou de leurs dérivés, surtout de l'acide oxalique.

L'aération intense, l'altitude, le bleu de Méthylène, les digérants des hydrates de carbone semblent les meilleurs médicaments.

Cancers et Acide déhydrascorbique à anneau lactonique ouvert. — MM. L. BÉRARD, A. MOREL, F. ARLOING, A. JOSSERAND et L. PERROT apportent les résultats obtenus sur certains éléments cliniques du processus néoplasique par les sels complexes organo-métalliques préparés à partir de l'acide 2-3 dicéto-1-1-gulonique, provenant, après ouverture de l'anneau lactonique, de l'Acide déhydrascorbique, lui-même premier produit d'oxydation de l'acide ascorbique.

Ce sont ces sels complexes renfermant du sodium et du fer auxquels ils sont arrivés par l'évolution méthodique de recherches dont les premières ont été publiées en 1935, que les auteurs injectent chaque jour dans les veines à la dose de 2 centigrammes, dissous dans 5 CC. de sérum physiologique pendant vingt jours de suite ou même plus longtemps.

Dans la majorité des cas, on obtient, si l'on se conforme pour l'emploi de ce produit aux indications suivantes, une amélioration de l'état général, reprise de l'appétit et du poids, la désinfiltration et la désinfection des lésions, avec réduction de leurs masses plus ou moins marquée, enfin, souvent une diminution sensible des douleurs.

Ces injections se trouvent donc indiquées comme traitement d'appoint des cancers, soit pour faciliter la mise en œuvre des thérapeutiques classiques (acte chirurgical, agents physiques), soit pour exercer une action palliative.

On peut ainsi rendre opérables certaines tumeurs, en particulier des tumeurs gastriques, différer la gastrostomie dans les néoplasmes de l'œsophage en permettant l'alimentation buccale, rendre possible l'alimentation dans le cas des tumeurs de la langue et du plancher de la bouche qu'on désinfecte et désodorise, réduire enfin certaines tumeurs du sein, même récidivées, ainsi que les ganglions satellites amenant des œdèmes par compression.

Il est préférable de s'abstenir de cette thérapeutique biochimique en présence de tumeurs opérables d'emblée, et parmi les tumeurs inopérables pour celles qui présentent une évolution lente (cancer intestinal avec anus contre nature).

Quant à l'action sur les cellules cancéreuses elles-mêmes, elle n'est pas suffisamment démontrée pour que nous puissions actuellement en faire état.

Un demi-siècle d'hygiène infantile. — M. P. LASSABLIÈRE. — Cette enquête a été réalisée dans les consultations de la Mutualité Maternelle de Paris. Elle porte sur 4966 nourrissons, nombre qui n'avait jamais été atteint en France dans une statistique. Elle confirme l'importance des progrès réalisés en hygiène infantile dans notre pays depuis un demi-siècle.

Ainsi dans les consultations de la Mutualité maternelle de Paris, la mortalité qui était au début de cette œuvre en 1892 de 17 % a passé en 1938 à 1,11 %. La prédominence de l'allaitement au sein chez les mères, et chez les enfants l'augmentation du poids, de la taille et du périmètre thoracique depuis 50 ans, démontre que l'avenir de notre race peut être envisagé avec optimisme.

Néanmoins, nous ne devons pas ralentir nos efforts, il nous reste à apporter des remèdes aux hypovitaminoses encore trop fréquentes. L'élevage des enfants doit être contrôlé avec des méthodes de plus en plus précises.

Socialement, enfin, nous devons nous acharner à faire disparaître ces logements insalubres où les familles s'entassent. Notre enquête démontre que le taudis et la dénatalité sont deux fléaux étroitement liés,

or, lorsque le logement se transforme en taudis, la famille disparaît.

Prophylaxie de la diphtérie par l'anatoxine de Ramon à l'hôpital maritime de Zuydcoote de 1932 à 1939. — M. VENDEUVRE et Mlle NIGOUL.

L'Influence de quelques variations atmosphériques sur l'équilibre biochimique des tuberruleux pulmonaires en cure sanatoriale de montagne. — MM. PIÉRY, ENSELME et LE VAN SEN.

Sur quelques techniques favorisant l'extraction des hétérosides naturels. — M. HÉRISSEY.

Vacances de Pâques. — La séance du 11 avril est supprimée.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies de l'œsophage, par J. TERRACOL. Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Avec la collaboration de : J. BAUMEL, S. BELINOFF, P. BETOULIÈRES, J. DELMAS, G. DESPONS, F.-G. EEMAN, H.-L. GUIBERT, P. GUNS, M.-H. HARANT, F. HASLINGER, P. LAMARQUE, MOUNIER-KUHN, A. PERONI, M. SARGNON, J. VIALLE, M. WISNER, M. WORMS. Un volume de 664 pages avec 352 figures. Broché : 190 fr.; cartonné toile : 220 fr. Masson et Cie, éd., Paris.

Cet ouvrage, conçu sur le même plan que « Les maladies des fosses nasales », paru dans la même Collection, constitue jusqu'à ce jour une synthèse aussi complète que possible de toutes les notions importantes qui se rapportent à l'œsophage.

C'est un ouvrage complet et le médecin spécialisé aussi bien que le médecin non spécialisé, désireux de se documenter, trouveront dans ses pages toutes les données normales et pathologiques de l'œsophage ainsi que l'anatomie et la physiologie nécessaires.

L'exploration de l'organe, selon tous ses modes, a été traitée avec un soin particulier, notamment l'exploration endoscopique et l'exploration radiologique.

Le livre est divisé en deux grandes parties.

La première partie étudie **les notions anatomiques et physiologiques** et **les méthodes d'exploration.** Les notions anatomiques illustrées par de nombreux schémas et des radiographies ont pour but de faciliter la lecture des clichés et la technique des manœuvres endoscopiques et chirurgicales, c'est-à-dire par voie interne et par voie externe. L'endoscopie surtout pratiquée sur le vivant a permis de rectifier les notions classiques mais inexactes, établies d'après les recherches cadavériques.

En raison de son importance, l'œsophagoscopie a été minutieusement détaillée; la technique et l'instrumentation des principales méthodes dues aux auteurs français et étrangers sont exposées et illustrées par des dessins ou des photographies.

La deuxième partie envisage **la pathologie de l'œsophage.** Toutes les affections sont successivement passées en revue selon l'ordre didactique classique mais les problèmes de la pratique courante et surtout la thérapeutique sont étudiés dans tous leurs détails. Chaque chapitre contient de nombreuses illustrations : pièces anatomo-pathologiques, coupes microscopiques, technique endoscopique et chirurgicale.

Un développement tout particulier a été réservé aux brûlures (œsophagite corrosive aiguë), aux rétrécissements (œsophagite corrosive chronique), aux corps étrangers de l'œsophage et au cancer.

Enfin, en raison des rapports de voisinage et de son développement récent, l'endoscopie gastrique a été traitée dans l'ouvrage.

Ce livre, en raison de son importance et de son étendue, de la qualité des collaborateurs français et étrangers, de son iconographie, est un document indispensable de base pour tous les endoscopistes et les chirurgiens qui s'occupent de l'œsophage.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DE L'ÉPAULE (1)

La radiographie est le complément indispensable de la clinique. On demandera un cliché de face des deux épaules dans une attitude rigoureusement symétrique. Le cliché de face doit montrer la tête dans son plus grand diamètre. Un centrage correct est capital. Pour l'épaule du sujet couché en décubitus dorsal, le point d'incidence se place au milieu de la dépression sous-acromiale.

Le cliché de profil centré au milieu de l'aisselle nécessite l'abduction du bras souvent difficile à obtenir.

Les lésions se voient surtout sur un cliché de face. On examinera chaque élément constitutif de l'article par comparaison avec le côté sain.

Humérus : diminution de densité de l'épiphyse; parfois simple décalcification localisée à la région juxta-trochitérienne. Au delà de l'épiphyse, amincissement de la corticale diaphysaire, élargissement du canal médullaire.

Cavité glénoïde : intacte ou à peine décalcifiée.

Interligne : le plus souvent élargi, du fait de l'hydarthrose, de l'atrophie des muscles suspenseurs, de l'action rapidement prépondérante du poids du membre.

Souvent, rien ne paraît anormal, car il existe en règle un retard des signes radiographiques par rapport à l'aspect clinique.

Cela n'infirme pas pour autant le diagnostic. Aussi bien, avant de l'affirmer, est-il nécessaire de procéder à un *examen général;* au besoin, on n'hésitera pas à pratiquer une surveillance prolongée, des clichés en série pour surprendre la première traduction radiologique de l'affection.

B. — Etat.

Le malade ne vient souvent consulter qu'à cette période, trois à six mois après le début des phénomènes.

Le diagnostic est alors facile. Tout l'effort doit tendre à dépister les complications et à établir sans retard le traitement correct.

L'attitude antalgique du malade est banale.

L'impotence est absolue. Le malade veille à ne pas remuer son épaule. Il n'est pas rare de le voir déjà porter une écharpe. La douleur spontanée reste discrète, mais la douleur nocturne ne manque pas, réveillant le malade et le forçant à prendre une attitude qui le soulage, assise ou debout, bras pendant.

L'atrophie musculaire a pris des proportions considérables. L'épaule est décharnée, squelettique. La fonte musculaire a gagné les muscles du bras et ceux de l'omoplate, excavant les fosses sus et sous-épineuses.

L'examen du sujet vu de dos révèle bien l'attitude vicieuse adoptée par le bras. L'omoplate du côté malade s'incline et bascule. Son angle glénoïdien s'abaisse en dehors, sa pointe inférieure se porte en dedans et en haut, vers la ligne épineuse. Ce mouvement de sonnette a pour résultat de ramener le bras le long du corps.

Pour faire apparaître l'attitude vicieuse du bras, il suffit de placer l'omoplate dans une situation symétrique à celle du côté sain. Le bras se trouve alors en légère abduction à 20°, 30°, en légère flexion, et en rotation externe, l'épitrochlée devenant un peu antérieure par rapport à l'épicondyle.

Les mouvements spontanés et provoqués ont presque complètement disparu. Les ganglions sont très nettement perceptibles contre le gril costal et les pectoraux. L'élévation de la température locale est constante, souvent signe précurseur d'un abcès.

En effleurant de bas en haut la peau du moignon de l'épaule, on obtient, s'il existe un abcès en formation, une sensation tactile de résistance profonde, une sorte de ressaut qui n'existe pas du côté sain.

Le membre paraît allongé : impression que l'on peut attribuer au relâchement musculaire et à l'abaissement huméral par le poids du membre. Mais il existe aussi un allongement réel de 1/2 - 1 cm.

Tels sont les signes fournis par l'examen local. Ce n'est pas encore l'aspect de tumeur blanche, mais c'est un aspect tout à fait typique et de diagnostic facile.

Du point de vue général, ce malade présente parfois de petites poussées fébriles vespérales à 38°, un amaigrissement notable, de l'inappétence, une fatigue générale... tous signes qui traduisent bien souvent l'apparition possible d'autres localisations articulaires ou viscérales.

Il faut y penser et les rechercher. A cette époque, le degré d'imprégnation tuberculeuse règle le pronostic et le traitement.

Sur les clichés radiographiques : la tête humérale apparaît profondément décalcifiée. Parfois, une ou deux géodes sont visibles au niveau du col. La décalcification s'étend loin sur la diaphyse. L'interligne est élargi, flou, et l'articulation semble injectée d'une matière moins perméable aux R. X. La glène reste d'un profil normal.

C. — Evolution - Complications.

1° *La guérison spontanée* peut s'observer chez les malades porteurs d'une lésion scapulo-humérale isolée soignée aussi près que possible du début; même si elle est compliquée d'abcès non fistulisés. Il faut, pour y parvenir, un délai de 18 mois à 2 ans et une immobilisation correcte.

Mais, dès la fin de la première année, on se rend compte aux changements de plâtre que les lésions ont cessé d'être actives.

Les douleurs ont cédé.

Il n'existe plus aucun signe général.

L'empâtement a disparu.

L'adénopathie se résorbe, et la radio confirme cette bonne impression clinique en montrant les lésions cernées par un liseré opaque. Les contours articulaires reprennent leur netteté.

Dans les formes légères, hydartrosiques, synoviales, il peut y avoir y avoir restitutio ad intégrum et l'articulation retrouve ses mouvements.

Dans *les formes moyennes,* traitées par plâtres successifs, une ankylose osseuse parfois se constitue.

Plus souvent, c'est une ankylose fibreuse, périphérique, conservant quelques mouvements articulaires, mais de moins bonne sécurité pour l'avenir.

La position optima à rechercher est l'abduction à 70°, flexion à 25°, légère rotation interne.

La ceinture scapulaire remédie pour une large part à la perte des mouvements de l'épaule.

En dehors de rechutes possibles, l'avenir éloigné de ces malades est satisfaisant à raison de conditions de vie favorables.

(*A suivre*). J. REIGNIER.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1939, n° 25, page 434.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.


ÉLIXIR GREZ
Toni-Digestif
ÉLIXIR
GREZ
Chlorhydro-Pepsique
TONI-DIGESTIF
DÉPOT Gal
PARIS
Laboratoires
MONIN
49, Rue de Maubeuge
PARIS

N° 28. — SAMEDI 8 AVRIL 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

LISTERIAN LECTURE DONNÉE DEVANT LE ROYAL COLLÈGE OF SURGEONS OF ENGLAND A LONDRES.

L'idée Listérienne en l'an 1939, par M. le Professeur RENÉ LERICHE.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

La vitamine D chez le nourrisson, par M. L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de chirurgie. — Société de biologie. — Société médicale des hôpitaux.

LIVRES NOUVEAUX.

INFORMATIONS

Hôpital Central des Prisons de Fresnes. — Un Concours pour plusieurs places d'Interne (Chirurgie et Médecine) à l'Hôpital Central des Prisons de Fresnes aura lieu le vendredi 21 avril, à 9 heures.

Le registre des inscriptions sera ouvert du 1er au 20 avril, à la Direction des Prisons de Fresnes ; seuls peuvent prendre part à ce concours, les Etudiants en Médecine Français pourvus de 14 Inscriptions. Les Candidats seront classés par ordre de mérite d'après leurs titres et d'après les épreuves pratiques. Le classement constitue une simple liste de présentation à l'agrément de Monsieur le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, sans donner droit à la nomination.

Hôpitaux psychiatriques. — M. Soulairac, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières, en remplacement de M. Adnes, affecté à l'Hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le docteur Caderas de Kerleau, chef de clinique, est chargé des fonctions d'agrégé d'obstétrique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Franck, assistant d'hydrologie est chargé d'assurer le service de chef des travaux de physiologie, en remplacement de Madame Chalnot, en congé.

Ecole de médecine de Poitiers. — Le docteur Destriau, est institué pour 9 ans professeur suppléant de physique et de chimie.

Belgique. — La Fédération des Stations thermales, climatiques, maritimes et balnéaires de Belgique organise sous le patronage des Ministères de la Santé Publique et des Transports, à Liège, pour le mois de juin 1939, des Assises Internationales.

A cet effet, une prise de contact vient d'avoir lieu à Paris entre les représentants de la Fédération Belge, un représentant du Grand-Duché de Luxembourg et des personnalités des groupements hydro-minéraux français, afin d'assurer la coopération de ces derniers à cette entreprise d'un caractère à la fois scientifique et économique.

CONGRÈS

IXe Congrès national de la Tuberculose. — Ce Congrès, organisé par le Comité national de Défense contre la Tuberculose, la Société d'Études scientifiques sur la Tuberculose, l'Office d'Hygiène sociale du département du Nord et la Ligue du Nord contre la Tuberculose, se tiendra à Lille, les 11, 12 et 13 avril 1939.

Questions à l'ordre du jour : I. *Question biologique :* Caractères distinctifs et rôle des divers types bacillaires autres que le bacille humain dans l'infection tuberculeuse. Rapporteurs : MM. Boquet (Paris), Gernez (Lille) et Nègre (Paris).

II. *Question clinique :* Les exsudats puriformes et purulents du pneumo-thorax thérapeutiques et leur traitement. Rapporteurs : MM. Bernou (Châteaubriant), Fruchaud (Angers), d'Hour (Lille), Léon-Kindberg (Paris) et Robert Monod (Paris).

III. *Question médico-sociale :* La prophylaxie antituberculeuse par les examens systématiques des collectivités. Rapporteurs : MM. Berthier (Marseille), Codvelle (Val-de-Grâce), Courcoux (Paris), Mattei (Marseille), Olmer (Marseille) et Vaucher (Strasbourg).

Renseignements et inscription (100 francs) : Secrétariat du Congrès, au siège du Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

IIIe Congrès international des Sanatoria et Maisons de Santé privés. — L'Union internationale des Sanatoria et Maisons de Santé privés a décidé que son troisième congrès, faisant suite à ceux de Budapest en 1936 et de Paris en 1937, aurait lieu cette année en Allemagne, à Baden-Baden, du 23 au 28 avril.

RAPPORTS : 1° Cure de l'encéphalite léthargique de type parkinsonien, par le professeur Panegrossi (délégation italienne).

2° Travaux scientifiques des médecins allemands dans les maisons de santé privées : *a)* Cure des troubles nerveux par les méthodes de choc : hyperthermie électrique, insuline, cardiazol; *b)* cure des maladies nerveuses par les sucs de fruits ; *c)* thérapeutique par le travail ; *d)* traitement post-opératoire dans les sanatoria.

3° L'assurance du risque chirurgical dans le cadre national et international, par le docteur Fromenteau (délégation française).

4° Collaboration entre hôpitaux publics et maisons de santé privées réalisée dans la Suisse, par le docteur Biswanger (délégation suisse).

Renseignements : Comité d'Organisation : Kongressleitung der U. I. S. P., Uhlandstrasse 171, Berlin W 15 ; ou Secrétaire général de la Fédération des Maisons de Santé de France : Dr Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).

Le LIIe Congrès de la Société française d'Ophtalmologie aura lieu à Paris, les 8, 9, 10 et 11 mai 1939. Le docteur Coutela, de Paris, présentera un rapport sur : *L'œil et les maladies professionnelles.* Des visites dans les hôpitaux et une promenade aux environs de Paris seront organisées pendant le Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, Dr Merigot de Treigny, 1, square de La Tour-Maubourg, Paris (7e).

Congrès de la Diurèse (VITTEL Pentecôte 1939). — Faisant suite à ceux de l'Arthritisme, de la Lithiase rénale, de la Goutte et de l'Acide urique, un Congrès de la Diurèse, organisé par la Société de Médecine de Vittel, sous les auspices de l'Institut d'Hydrologie de la Faculté de Médecine de Nancy, avec le concours de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de l'Est, aura lieu à Vittel les 27, 28 et 29 mai 1939.

L'importance et la qualité des travaux qui y seront présentés confèreront un intérêt exceptionnel à cette manifestation scientifique, qui s'ouvrira sous la présidence de M. le professeur Rathery, de l'Académie de Médecine.

Pour toute demande de renseignements, s'adresser à M. P. Frisch, secrétaire administratif du Congrès à Vittel (Vosges).

IIIe Congrès neurologique international. — Le Congrès aura lieu à Copenhague, du 21 au 25 août 1939, sous le haut patronage de S. M. le Roi de Danemark et la présidence de M. le professeur Viggo Christiansen.

Questions discutées : Le système endocrino-végétatif et sa signification pour la neurologie.

— Les maladies nerveuses héréditaires, notamment en ce qui concerne leur genèse.

— Problèmes concernant les avitaminoses, notamment par rapport au système nerveux périphérique.

Secrétaire général : M. le docteur Knud H. Krabbe, Kommune-hospitalat, Copenhague K. (Danemark).

COURS

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LES SUPPURATIONS BRONCHIQUES, PULMONAIRES ET PLEURALES. — Sous les auspices du Musée-Laboratoire Letulle, à l'Hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, du mardi 30 mai au lundi 1er juillet 1939, à 9 h. 30 du matin.

Ces cours seront donnés sous la direction de M. le Professeur Honoraire Emile Sergent avec le concours de ses anciens collaborateurs.

Le montant des droits d'inscription pour les deux cours réunis sera de 350 frs, 250 frs pour le premier cours sur la tuberculose et de 150 frs pour le cours sur les suppurations, bronchiques, pulmonaires et pleurales, pour les médecins qui ne suivront qu'un seul des deux cours.

S'inscrire au Musée-Laboratoire Letulle, à l'Hôpital Boucicaut ou au Secrétariat de la Faculté de Médecine.

Des bourses seront données par le Comité National de Défense contre la tuberculose (s'adresser, 66, boulevard St-Michel).

NÉCROLOGIE

Le docteur Pierre Maurel, ancien interne des hôpitaux de Paris (1889), ancien médecin, consultant à la Bourboule.

— Le professeur Gerota (de Bucarest). Ancien élève de Farabeuf, Poirier et Félix Guyon, anatomiste, chirurgien et radiologue. Gerota était universellement connu et estimé.

— Le docteur J.-A. Ferrié, à Paris.

— Le docteur Jean Boyer, de Marcigny (S.-et-L.).

— Le docteur Robert Lattès, à Nice.

— Le docteur Pierre Brunel, laryngologiste de l'hôpital de Versailles.

— Le docteur Scemama, assistant à l'hôpital Bichat, à Paris.

DE L'IDÉE LISTÉRIENNE EN L'AN 1939

Par René LERICHE, F. R. C. S. E.

Listerian lecture donnée devant le Royal College of Surgeons of England à Londres le 5 avril 1939.

L'honneur que vous m'avez fait en m'invitant à commémorer devant vous, au jour anniversaire de sa naissance, la vivante mémoire de Lord Lister, est de ceux qui marquent d'un sceau particulier la vie d'un chirurgien.

Y a-t-il d'honneur plus grand que d'être inscrit par vous sur la liste des fils spirituels du plus immortel d'entre nous ? Que d'être jugé digne de méditer, devant vous, sur l'œuvre de Lister, sur les leçons qui s'en dégagent toujours, alors que le temps passe et fait changer tant de choses autour de nous ?

Je veux vous en remercier de toute mon âme.

Et pourtant, la charge est lourde de parler de lui, après tant d'hommes qui l'ont connu, aimé, admiré, qui ont reçu de lui la manne quotidienne, et par qui son œuvre est devenue le fonds commun de tous les chirurgiens.

Est-il donc possible de dire de lui quelque chose que vous ne sachiez, vous, Messieurs, qui avez vécu dans le sillage et la tradition de cet homme immense ?

J'en ai désespéré.

Antisepsie et Asepsie

Mais, en lisant ses papiers si limpides, si précis, nets comme le nickel de nos salles d'opération, il m'a semblé que, en dehors de vous, à notre époque, on ne comprenait pas toujours comme il le fallait, l'ampleur de la conception listérienne et sa permanente actualité.

En jouant sur les mots : antisepsie et asepsie, beaucoup de chirurgiens d'aujourd'hui ne voient que la lettre et non l'esprit. Ils tendent à penser que Lister s'est arrêté sur le seuil de l'œuvre pastorienne. Son rite n'aurait été qu'une étape, bientôt dépassée. Sa méthode, un moment dans une pratique mouvante. Et de Lister, il ne resterait guère qu'un grand nom.

C'est bien mal connaître son œuvre et sa pensée.

Ici même, on a dû déjà faire justice de cet inique jugement.

Sir Berkeley Moynihan l'a dit : « We know that the old quarrel on to the relative merits of the antiseptic and the aseptic methods was senseless and jejune. For Lister was indubitably the parent of both... Aseptic surgery is the wise practice of antiseptic surgery. There is a difference in detail, not in ideal or in fundamental truth ».

Certes, l'ébullition et la chaleur sèche ont détrôné l'acide phénique.

Mais, ce ne sont là que moyens d'antisepsie, pour aboutir à l'asepsie. Le but est toujours de coaguler la charpente protéinique d'un microbe.

Chaleur ? Produit chimique ? Vraiment, il n'y a pas là une différence essentielle. La chaleur est plus sûre, plus maniable. Nous l'avons adoptée. Le principe demeure : à l'asepsie par l'antisepsie.

Et encore, devons-nous remarquer que les partisans les plus rigoureux de l'asepsie par la chaleur restent, souvent sans y penser, fidèles à l'antisepsie chimique en quelques points : ils désinfectent la peau avec de la teinture d'iode, avec de l'alcool, ou de l'acide picrique. Ils touchent avec une substance chimique les moignons appendiculaires et les tranches intestinales. Disciples involontaires de Lister, ils n'arrivent pas à s'évader de sa pensée dominatrice.

Mais, l'intérêt qu'il y a à examiner, dans le moment où nous sommes, la position actuelle du « fait listérien », n'est pas de reprendre une vieille querelle toute scholastique.

La question est tranchée : toutes nos habitudes chirurgicales sont sorties de la recherche et de la volonté de Lister devant la démonstration pastorienne.

Il a été le premier à comprendre, le seul à se battre, le seul à recevoir des coups. C'est une gloire qui ne saurait être partagée.

Ceci étant dit une fois pour toutes, l'intérêt actuel, en pareille matière, est, de chercher si, aujourd'hui, nous ne devons pas revenir à la pensée primitive de Lister, car il est possible que dans les perfectionnements apportés à la destruction des germes, nous ayons par trop oublié une des données essentielles du problème de la stérilisation.

Les germes de l'air ont-ils une valeur pathogène ?

Lister, après sa mémorable conversation avec Thomas Anderson qui lui avait révélé les expériences de Pasteur, Lister avait conçu que l'infection des plaies se faisait par l'air. Il pensait que c'étaient les particules vivantes de l'air qu'il fallait craindre et détruire. Et c'est pour cela qu'il inventa le spray phéniqué.

Aujourd'hui, nous ne nous occupons plus de l'air des salles d'opération. Nous redoutons surtout le contage direct, involontaire, avec ce qui entoure le chirurgien. Les germes en suspension, ceux qui flottent autour de nous, ne nous inquiètent à peu près pas.

Avons-nous raison ?

En apparence, et au premier abord, tout nous dit oui.

Dans les conditions actuelles de la chirurgie, les complications infectieuses du type suppuratif sont devenues l'exception. En règle, nos plaies opératoires guérissent par première intention. Elles sont nettes, sans rougeur, sans inflammation.

Et pourtant, nous savons qu'elles ne sont pas sans germes.

Nos cicatrisations se font habituellement sans incident. Mais, elles ne sont pas aseptiques, malgré le langage que nous parlons. Il y a bien longtemps que des examens bactériologiques l'ont démontré.

Et, comme nous sommes généralement désireux de faire mieux, y a-t-il eu, dans ces dernières années, un véritable renouveau de recherches à ce sujet.

Des boîtes de Pétri mises à côté de nos instruments ou même, comme je l'ai fait, placées dans le ventre, au contact des compresses refoulant l'intestin, sont toujours contaminées. La culture identifie des colonies de staphylocoques et de streptocoques. Les colonies sont rares, si personne ne bouge dans la salle d'opération. Elles sont nombreuses, s'il y a du va et vient, si les spectateurs sont nombreux, s'ils ne sont pas masqués, s'ils s'approchent du champ opératoire. Met-on des boîtes de Pétri près d'eux, elles ont toutes de nombreux germes.

Par contre, les germes sont rares si la salle est rigoureusement fermée, si le sol en est humidifié constamment, si l'air est conditionné et filtré.

Tout ceci signifie que l'air de nos salles d'opération est, quand nous opérons, habituellement chargé de

germes, et d'autant plus chargé que cet air est brassé davantage.

Le gros bon sens, celui qui ne connaît pas l'inquiétude d'esprit et se contente généralement de peu, dit : Qu'est-ce que cela peut bien nous faire, puisque nos opérés guérissent sans incident ?

Et de fait, alors que des boîtes de Pétri mises près de nous donnent des colonies microbiennes, l'évolution de nos plaies opératoires est régulière, rigoureusement apyrétique.

Oui, sans doute, nos cicatrices sont linéaires. Elles sont souples.

Mais, n'y en a-t-il pas qui, au bout de quelques mois, s'étalent, deviennent exubérantes, violacées sous l'action du froid, qui sont parfois douloureuses, quelquefois plus ou moins chéloïdiennes ?

N'y en a-t-il pas dont le sous-sol est bientôt dur, scléreux ?

N'y en a-t-il pas qui cèdent, après des mois, et donnent lieu à des éventrations, alors que la suture avait paru solide ?

N'y a-t-il pas des opérations soi-disant aseptiques qui laissent après elles des adhérences péritonéales, même alors qu'aucune cavité viscérale n'a été ouverte, et que l'infection endogène ne peut être invoquée ?

Et quand l'opération a supprimé un foyer septique ancien, peu virulent, s'il survient une brusque poussée infectieuse, ne peut-on penser qu'il y a eu surinfection ?

Enfin, ne connaissons-nous pas, toujours, des accidents vasculaires, des phlébites, des embolies, même après une évolution opératoire parfaite, même avec une cicatrisation sans défaut ?

La question doit donc être posée : L'infection par l'air des salles d'opération n'est-elle pas nuisible ?

Sans être pyogénique, ne peut-elle pas être protéolysante, modifiant les charpentes protéiniques locales, dissolvant lentement les architectures élastiques néoformées, pervertissant les métabolismes locaux ?

En d'autres termes, cette infection larvée, cliniquement insaisissable, et que nous croyons inopérante, n'a-t-elle pas des effets tissulaires que nous ne rattachons pas encore à leur véritable cause ?

Ne l'oublions pas, le mot infection a aujourd'hui en microbiologie une signification bien plus ample que celle que nous lui donnons, nous chirurgiens, surtout depuis que sont connus les singuliers effets des ultra-virus et de certaines molécules protéiques.

Dès lors, ne conviendrait-il pas que, faisant retour à l'idée listérienne, nous cherchions désormais à éviter rigoureusement le contage par l'air ?

Que nous le devions, c'est possible. Ce n'est pas certain.

Rôle du terrain dans l'évolution postopératoire

Personnellement, hypothèse pour hypothèse, j'ai tendance à penser que la qualité de nos cicatrices opératoires, leur valeur esthétique, leur solidité, leur devenir dépendent, avant tout, du terrain que l'opéré nous offre.

A égalité de conditions opératoires, chacun fait sa cicatrice à sa façon, parce que chacun a ses propres valeurs tissulaires, reflets de son individualisme hormonal.

Sans doute, la minutie et la perfection de la technique influencent, dans une grande mesure, la qualité des réparations postopératoires. Mais, un chirurgien donné n'a pas toujours et n'a pas, tout le temps, les cicatrices qu'il mérite. Certains de nos opérés font des cicatrices linéaires, souples, parfaites, alors que d'autres les font grossières et exubérantes. Et nous n'y sommes pour rien. Toute réparation se joue sur le plan de la vie tissulaire qui, parfois, de son propre chef, contrarie les meilleures techniques. Nos cicatrices sont surtout conjonctives, et la vie conjonctive est normalement régie par des phénomènes circulatoires et hormonaux, qui n'ont pas les mêmes tonalités pour tous. Sans doute, le schéma est un. Mais, d'un homme à l'autre, que de variations !

Lors des réparations, ces mêmes valeurs circulatoires et hormonales entrent en jeu pour chacun à leur façon, toujours avec leurs caractéristiques individuelles. Les réactions vasomotrices rapides et équilibrées assurent, en général, des cicatrices parfaites. Les réactions paresseuses, à type de stase, donnent des cicatrices hypertrophiques. Les tempéraments hypophysaires ont des tissus élastiques de mauvaise qualité, alors que les parathyroïdiens paraissent avoir un bon collagène.

Bien d'autres influences, encore insoupçonnées, s'exercent sans doute sur la réparation tissulaire. Un jour viendra, probablement, où nous ferons une « cicatrisation hormonalement dirigée », et ce jour-là, nos opérés éviteront bien des ennuis.

Ces réflexions vous indiquent que je suis, personnellement, orienté dans tout autre direction que celle dont je parlais tout à l'heure.

Mais, ce ne sont là que des impressions, et nous n'avons pas le droit de mépriser l'hypothèse microbienne dans toutes ces questions.

Il est donc nécessaire que nous mettions à l'étude les moyens qui ont été proposés pour protéger nos opérés des contages de l'air.

Il y en a deux : la stérilisation de l'air par des agents physiques, et le dispositif complet qu'a créé Gudin, pour réaliser ce qu'il a appelé l'asepsie intégrale.

Les agents physiques sont-ils antiseptiques ?

Certaines irradiations ont-elles une action effective sur la flore microbienne de l'air avoisinant une plaie?

Quelques auteurs l'ont dit pour les ultra-violets : Les recherches les plus suivies, les plus précises sont celles de Hart et celles de Santy. Hart emploie des lampes spéciales, qui irradient la plaie pendant toute la durée de l'opération. Sous l'effet des rayons, des boîtes de Pétri renfermant des cultures de staphylocoques sont stérilisées en quelques minutes. Celles que l'on met stériles près du champ opératoire, demeurent stériles si l'irradiation est faite. Elles sont contaminées s'il n'y a pas d'irradiation.

Santy fait passer l'air de sa salle d'opération devant un puissant générateur de rayons ultra-violets et le renvoie en filtrant sur charbon. Des boîtes de Pétri qui ont normalement 30 à 50 colonies à la fin d'une opération, n'en ont presque pas quand l'air est irradié (4 à 5 colonies par boîte) même s'il y a de nombreux spectateurs. Il est probable qu'avec quelques perfectionnements, on arriverait aisément à une stérilisation totale.

Il y a là, me semble-t-il, les prémisses de grands progrès chirurgicaux, et probablement pourrons-nous bientôt franchir une nouvelle étape dans la technique aseptique.

Les ultra-violets sont-ils seuls à avoir cette action? Pour l'instant, oui. Les rayons infra-rouges ne semblent pas avoir de propriétés germicides.

A l'instigation de Paschoud, j'ai opéré beaucoup sous infra-rouges, plus d'un millier de fois, pendant deux ans. Je n'ai pas l'impression que, cliniquement, les états infectieux exigeant une opération évoluent autrement après une irradiation que sans elle. Et dans la chirurgie aseptique, j'ai observé des phlébites et des embolies chez des opérés qui avaient été convenablement irradiés.

Je ne puis donc pas dire que l'irradiation infrarouge change quoi que ce soit à l'évolution habituelle des plaies chirurgicales.

Ce n'est pas à dire que l'exposition aux rayons infra-rouges n'apporte rien au comportement des opérés. J'ai l'impression qu'ils souffrent moins, que leurs suites sont plus confortables. Les infra-rouges sont hyperémiants. Cette hyperémie modifie la qualité des réactions sympathiques postopératoires. Mais, sur l'infection elle-même, elle ne paraît pas avoir une action valable.

J'ai mis des boîtes de Pétri sur la plaie en opérant sous infra-rouges. Il s'y est fait les développements microbiens habituels.

Il faut donc en rester aux ultra-violets qui n'ont pas, malheureusement, d'effets antalgiques. Une combinaison infra-rouge-ultra-violets serait peut-être efficace, mais pourrait avoir quelques inconvénients pour nos opérés et pour nous-mêmes. Et c'est pourquoi, semble-t-il, nous devons soigneusement examiner d'autres possibilités.

L'asepsie intégrale de Gudin

Ne pourrait-on pas opérer, suivant le vœu de Pasteur, dans une astmosphère entièrement stérile, dans une salle où tout serait stérile, où l'on n'entrerait soi-même qu'en vêtements stériles de la tête aux pieds, où l'on pourrait toucher sans le moindre risque, tout remuer sans danger, parce que air, parois, mobilier, sol, tout y serait sans germe ?

C'est ce que Maurice Gudin, s'est demandé, il y a quelques années.

Souvent, avant lui, on avait stérilisé l'air des salles d'opération par la vapeur ou par des pulvérisations antiseptiques. Je me souviens d'avoir visité, il y a trente-trois ans, une organisation de ce genre dans le service de Kraske. Mais, du moment où l'opérateur et ses aides y entraient, les germes entraient avec eux, et l'asepsie n'était plus qu'un mot. Aussi, cet effort vers le mieux a-t-il paru une complication inutile, et l'idée en a été abandonnée.

Tout différent a été l'objectif de Gudin. Il a eu le mérite de voir, le premier, la nécessité d'un ensemble. Et dans ce but, il a réalisé un groupement de salles stérilisées disposées de façon telle que, soit le malade, soit le chirurgien, soit ses aides, n'arrivent dans une salle rigoureusement aseptique que dans un état identique d'asepsie, sous le couvert de vêtements stériles qui vont de la tête aux pieds, les opérateurs n'ayant à l'air libre que les yeux derrière les lunettes, et le malade que le champ opératoire, convenablement antiseptisé.

Pour obtenir la stérilisation complète de ces différentes salles et de tout le matériel qui s'y trouve, Gudin utilise, à l'aide d'un dispositif spécial, du formol à l'état de vapeurs s'insinuant partout, que, secondairement, il neutralise par l'ammoniaque. Des examens bactériologiques lui ont prouvé que, dans les conditions où il se place, tout est ainsi stérilisé. On peut prendre les poignées des portes à pleine main, des compresses sur des rayonnages, sans jamais se contaminer : l'asepsie est intégrale.

J'ai opéré dans le bloc stérile de Gudin. Malgré l'exiguité de la salle d'opération, que plafonne une paroi vitrée permettant aux spectateurs de dominer la table d'opération, on s'y trouve à l'aise et on agit sans fatigue. L'air y est conditionné. La température agréable. Le silence absolu. Et l'on a vraiment l'impression d'une grande sécurité.

C'est au fond, après trois quarts de siècle, la reprise perfectionnée de l'idée listérienne de l'antisepsie chimique de l'air, et en conformité avec un vœu de Pasteur que l'on trouve toujours en union de pensée avec Lister dans tous ces problèmes.

D'autres que Gudin ont, à son image, réalisé une formule d'asepsie intégrale. Trenel, qui filtre l'air en circuit fermé sur des filtres à coton et à huile, puis climatise l'air, et Masmonteil qui emploie de la vapeur stérile surchauffée, qu'il aspire quand elle a fait ses effets de précipitation microbienne. Tous deux évidemment ont des dispositions de locaux successifs, évitant l'apport des germes par ceux qui opèrent et par celui qui est opéré. La stérilisation est bien effective, puisque, nous dit Masmonteil, les examens bactériologiques montrent que l'air est toujours stérile, que les parois le sont 85 fois sur 100, et le sol 75 fois.

Il y a donc là aussi une solution acceptable du problème en discussion.

Mais les résultats pratiques valent-ils l'effort d'une reconstruction de nos salles d'opération et d'un bouleversement de nos habitudes ?

Gudin oppose la cicatrisation habituelle par première intention qui n'est pas sans germes, à la cicatrisation vraiment aseptique qu'il appelle pastorienne, et dont les avantages sont pour lui certains.

A-t-il raison ?

En théorie, certainement oui. Nul ne peut, raisonnablement, dire le contraire.

En pratique, c'est simplement possible, ce n'est pas encore prouvé. Seule une longue expérience comparative peut nous fixer. Car il s'agit là de nuances non mesurables, et d'appréciation difficile. Mais, nous aurions tort de nous en désintéresser.

Il peut y avoir dans l'asepsie intégrale une condition de progrès, d'un progrès que nous ne savons pas encore formuler. J'ai bien pesé toutes les objections théoriques que l'on peut faire à Gudin : difficulté, incommodité, inutilité, dépense. Aucune ne vaut d'être retenue. Nous ne devons pas oublier que, du temps de Lister aussi, on ne trouvait pas qu'il y eût besoin de changer quelque chose à la pratique traditionnelle de la chirurgie. Tout était bien de ce que l'on faisait. Et pourtant, que d'échecs terribles ! Et plus près de nous, n'avons-nous pas vu nombre de chirurgiens résister à l'emploi du masque, des gants ? L'homme, même chirurgien, est un animal routinier.

Volontiers, je penserais qu'une organisation internationale devrait mettre à l'étude le problème de l'asepsie intégrale qui intéresse le monde entier, en fournissant à quelques hommes connus pour leur rigueur d'observation les possibilités d'étude.

Pour le moment, on ne peut faire qu'une seule constatation. C'est qu'en somme, l'idée de Lister domine encore les évolutions de la pensée chirurgicale, et qu'elle n'a pas fini d'être féconde.

Traitement antiseptique des plaies

Mais, la conception listérienne ne se bornait pas à l'antisepsie opératoire. Son but primitif était d'arriver à la désinfection des plaies, à leur stérilisation par des agents chimiques.

Où en sommes-nous aujourd'hui à ce sujet ?

Jusqu'en 1914, nous n'avions guère de doctrine sur l'évolution des plaies et sur les moyens de les désinfecter.

Quatre ans de chirurgie de guerre nous ont mis soudain sous les yeux une énorme masse de faits expérimentaux avec le loisir de les examiner de bout en bout. Jamais homme de laboratoire n'a pu rêver d'une expérimentation aussi vaste. Il n'y avait qu'à observer. Chaque jour nous apportait son lot d'expériences toutes faites. Le déterminisme de l'infection était rigoureux. Les circonstances de l'infection étaient connues. Il était vraiment possible d'arriver à une conclusion, sans ambiguïté, à condition de prendre souci de faire des séries comparatives.

Pour moi, cette conclusion est formelle. Malgré les succès de tant de substances chimiques, du Bi, de l'eusol, des hypochlorites, des colorants, des essences, malgré les magnifiques résultats de la méthode de Carrel, l'expérience de 1914-1918 a consacré une faillite relative, mais tout de même une faillite, des antiseptiques.

Elle a montré que ce qui dominait le sort d'une plaie, c'était, avant tout, la qualité vitale du terrain inoculé, non pas l'emploi de tel ou tel produit chimique. Une plaie nette, sans attrition, exposée à l'air en toutes ses parties, guérissait toute seule, sans condiment antiseptique.

Une plaie irrégulière, anfractueuse, aux bords décollés, aux parois mortifiées, suppurait longuement, même convenablement antiseptisée. Elle demeurait stérile et pouvait être suturée, si on l'excisait avec soin. L'essentiel était la mise à plat en tissus sains.

L'acte chirurgical primait la chimiothérapie.

Sans lui, rien n'allait. Avec lui, tout réussissait.

Et, vers 1917, nous avons appris que l'on pouvait même, sans le moindre traitement chimique et sans risque, suturer une plaie bien excisée, même si elle renfermait encore du staphylocoque, ou du perfringens, à condition d'une parfaite vitalité du terrain bordant.

Remarquez que ces observations rejoignent exactement les conclusions des études bactériologiques faites sur les plaies opératoires, créées par la chirurgie aseptique actuelle. Là aussi, l'infection n'évolue pas, malgré la contamination, si l'hémostase est correcte et si les tissus ne sont pas traumatisés.

Ce que je viens de dire, se rapporte aux plaies fraîches, traitées dans un court délai horaire.

En est-il de même pour les plaies cliniquement infectées ?

A priori, on peut dire que pour celles-là, certains antiseptiques ont fait la preuve de leur efficacité. Mais encore convient-il d'analyser leur action.

Nous savons bien aujourd'hui, après avoir vu tant de plaies suppurer malgré nos efforts, que les antiseptiques ne parviennent à désinfecter que les plaies mises à plat, étalées, mises en surface. Là où il y a des anfractuosités, des recoins, des débris sphacéliques déchiquetés, des tunnels aveugles, les meilleurs antiseptiques échouent invariablement.

Et les meilleurs antiseptiques ne sont pas ceux qui ont la plus grande puissance germicide in vitro, ce sont ceux qui ont une forte action protéolytique, le liquide de Dakin, qui détruit rapidement les tissus mortifiés ou agonisants, qui agit comme un bistouri chimique.

Evidemment, on pourrait dire que peu importe le mécanisme de disparition des germes, s'ils disparaissent.

Le propos ne serait pas complètement inexact. Mais, pour progresser dans notre art, il importe de comprendre et de ne pas se payer de mots.

Lois de la stérilisation des plaies infectées

Pour ne pas se payer de mots, il est nécessaire de préciser les conditions essentielles de la désinfection des plaies infectées. Nous pourrons ensuite, en connaissance de cause, voir les lois de l'action antiseptique.

La première des conditions est une certaine architecture de la plaie. Ne se désinfectent spontanément ou avec l'aide des antiseptiques que les plaies exposées à l'air dans toutes leurs parties. On ne désinfecte pas une plaie profonde avec un drain et une substance chimique. Ni l'un ni l'autre ne rendent les humbles service d'un large coup de ciseaux. Le premier des agents antiseptiques est le bistouri qui fait l'étalement en surface de toute la partie traumatisée. Et la méthode de Carrel n'a connu ses triomphes qu'au jour où l'acte chirurgical complet en est devenu le premier temps.

Beaucoup de chirurgiens méconnaissent encore le sens pratique du principe de la mise à plat. Et dans la paix comme dans la guerre, la plupart des insuccès que l'on compte dans le traitement des plaies infectées tiennent à une dérobade du chirurgien devant l'impératif catégorique de cette loi.

La seconde condition de la désinfection est l'immobilisation rigoureuse et prolongée.

Pour en apprécier la valeur, il faut préciser ce qui se passe au niveau d'une plaie indûment mobilisée. Chacun sait qu'un pansement pour plaie infectée est habituellement suivi d'une brusque poussée de température, si la plaie siège au niveau d'un os ou d'une articulation. On sait moins qu'avant le pansement, l'hémoculture est stérile, et que deux heures après, elle est positive. La mobilisation de certaines plaies infectées provoque donc une septicémie passagère. Le fait a une rigueur expérimentale. Et il explique bien le déséquilibre organique qui suit certains pansements.

Aussi, par simple esprit d'observation, le génie d'Ollier avait-il, autrefois, systématisé, dans toute la chirurgie osseuse, la pratique du pansement rare. Il ne pansait ses réséqués qu'au bout d'un temps assez long, au bout d'un mois, de six semaines et même davantage. A Lyon, cette pratique est demeurée traditionnelle depuis trois quarts de siècle. On n'y a rien changé.

Tout récemment, Orr, aux Etats-Unis, vient d'en découvrir les avantages.

Il est certain que ses effets sont d'habitude extraordinaires.

Sous immobilisation plâtrée, malgré l'odeur bientôt désagréable du pansement, des infections osseuses ou articulaires graves s'apaisent souvent en quelques jours. Après quelques oscillations, la courbe thermique se régularise. L'état général se transforme. L'aspect du malade change. L'appétit revient. Et, quant au bout de plusieurs semaines, on pratique, enfin, le premier pansement, on trouve la plaie couverte de bourgeons charnus, rouges, vivaces, ayant un merveilleux air de santé. Un épais enduit cireux colle à la peau érythémateuse du voisinage. Y fait-on un compte bactériologique, les microbes pullulent à l'infini, ainsi que dans les pièces de pansement. Par

contre, sur la plaie même, il n'y a que de rares germes, 2 ou 3 par champ de microscope tout au plus. Et, dans la profondeur, tout est stérile. J'en ai fait maintes fois la constatation.

Que s'est-il passé au juste ? On ne sait pas.

Les germes ne sont pas morts, puisque, hors la plaie, ils sont actifs et très nombreux. On dirait qu'ils ont été simplement balayés au dehors, par un courant de lymphe que la congestion locale a fait affluer des profondeurs tissulaires, là où manque l'équilibre statique habituel des tissus qui maintient en place le milieu humoral.

Nous voyons le même phénomène après l'exposition des plaies au soleil, et dans le traitement par les solutions hypertoniques que Sir Almroth Wright avait recommandées.

De toutes façons, le résultat est là.

L'immobilisation est le plus précieux des moyens de la thérapeutique anti-infectieuse.

De la listérisation par voie intra-artérielle

Quand les deux conditions de la désinfection des plaies dont il vient d'être question sont réalisées, alors, mais alors seulement, on peut utiliser par surcroît les antiseptiques chimiques.

Leur emploi n'est pas un hors-d'œuvre inefficace.

Mais quels antiseptiques faut-il employer ?

Les hommes de la présente génération n'ont plus l'usage de l'acide phénique, mais ils n'oublient pas ce que la chirurgie lui doit. Dans une adresse sur Lister, prononcée en 1927 lors des fêtes du Centenaire, mon éminent ami Archibald Young a fort heureusement rappelé les statistiques de la Glasgow Royal Infirmery avant et après Lister. Elles sont éloquentes.

Devrions-nous, comme l'ont fait toute leur vie, en France, Lucas Championnière à Paris, et mon Maître Poncet à Lyon, un listérien de la première heure, rester fidèles à l'acide phénique ?

La mode en est passée. Nous ne savons plus nous en servir. Le temps est aux hypochlorites lytiques et au mercurochrome germicide.

Dans les conditions plus haut précisées, ils sont certainement un adjuvant très utile, mais, seulement dans des limites étroites.

Leur action, en effet, n'est que de surface. Ce qui est profond leur échappe. Il faut un contact intime entre la substance active et les microbes mêmes. Très vite, ils se décomposent, ou des débris organiques protègent les germes qu'ils doivent rencontrer. D'où la nécessité d'un apport constamment renouvelé, comme Carrel l'a bien montré.

Aussi, dans la pratique quotidienne, la désinfection chimique est-elle d'emploi difficile pour les cas compliqués et connaît-elle d'assez nombreux échecs.

Ces échecs, il ne suffit pas de les constater. Ils doivent nous inciter à méditer sur ce que l'observation nous apprend chaque jour.

Elle nous apprend que la vraie désinfection est celle qui se fait du dedans au dehors, celle qui atteint la profondeur avant la surface.

Pourquoi nous refuserions-nous à cette évidence, puisque nous avons, actuellement, le moyen d'attaquer les germes par la profondeur ?

En parlant ainsi, je ne songe pas à la voie intraveineuse, voie de gaspillage, dont on se demande si elle peut être efficace pour une lésion périphérique, ni même à la voie intracardiaque que j'ai employée dans les septicémies mais à la voie intraartérielle de Goyanes que Reynaldo dos Santos a renouvelée, et dont il a montré les résultats saisissants.

Il y a plus de dix ans, en effet, Reynaldo dos Santos a établi que l'on peut parfois arrêter net certaines infections graves, en injectant à travers la peau, dans l'artère maîtresse correspondant au territoire atteint, de la gonacrine ou du mercurochrome.

En 1933, son collaborateur Cunha Lamas a fait connaître une statistique de 120 cas d'infections diverses ainsi traitées par la listérisation intra-artérielle.

A la Clinique de Strasbourg, depuis 1929, cette méthode a été utilisée dans un assez grand nombre de circonstances. Nous ne comptons plus les succès qu'elle nous a donnés, dans les arthrites suppurées de toutes sortes, dans des ostéo-myélites débutantes, dans la lymphangite, dans les infections prégangréneuses des artéritiques.

Hier encore, j'avais en traitement un adolescent atteint d'arthrite suppurée posttraumatique du coude. Depuis trois jours, sa température était à 40°. Une injection de 10 centimètres cubes de mercurochrome en solution aqueuse à 1 pour 100 dans l'artère axillaire a fait tomber en quelques heures la température à 37° 5, et elle est restée basse.

Une expérience de dix années me permet de dire que la voie artérielle est appelée à devenir la voie de choix de la désinfection par antiseptiques. Avec les progrès incessants de la chimiothérapie, avec les espoirs que nous donnent les sulfamides, il est probable que bientôt nous saurons arrêter, sans délabrement, bien des infections qui, jusqu'ici, exigeaient de graves mutilations.

Evidemment, la méthode exige de l'adresse manuelle. Son emploi demande de la mesure. Elle n'est pas une panacée. Elle a ses limites. Les états infectieux produisent des désordres anatomiques, contre lesquels elle ne peut agir. Elle connaît donc des échecs. Mais, pesant mes mots, je n'hésite pas à dire qu'elle est un immense progrès.

Et de cet immense progrès, il peut en sortir un autre.

De la novocaïnisation intra-artérielle

L'observation des malades ainsi traités dans ces dernières années conduit, en effet, à analyser de près le mécanisme physiologique que l'infection met en jeu dans les tissus. L'élément perturbation végétative locale y paraît considérable. Or, si, dans des cas bien choisis, on fait d'abondantes infiltrations novocaïniques, bloquant l'innervation tissulaire, une infection débutante peut demeurer une inoculation avortée.

De même, la novocaïnisation du sympathique ganglionnaire peut arrêter, d'un seul coup, l'évolution d'une infection régionale ou larvée.

En poursuivant ces recherches, à la Clinique de Strasbourg, nous avons, finalement injecté de la novocaïne dans l'artère principale d'un membre présentant une infection au début, et celle-ci a rétrocédé.

Il y a donc vraisemblablement, à côté de la listérisation intraartérielle qui s'adresse à l'antisepsie et cherche à tuer les germes, une possibilité d'atteindre les mécanismes mêmes de l'inflammation, et d'arrêter physiologiquement les conséquences de l'inoculation.

Les recherches se poursuivent : des résultats indiscutables ont été obtenus dans la salpingite, et certaines infections pelviennes, ce qui a été déjà signalé par **Daniel**.

Et là encore, nous trouvons motif à de grands espoirs. La position du problème est nouvelle. Jusqu'ici, tous les essais de traitement dans les infections étaient antimicrobiens. Ceux dont je parle s'adressent à l'homme, le partenaire du microbe. Il faut être deux pour faire une maladie. Il y a beaucoup à gagner sans doute à s'occuper de celui-ci autant que de celui-là.

Et ceci montre que la pensée listérienne peut encore féconder nos esprits.

La leçon de Lister

Cette fécondité ne nous surprend pas. J'ai cherché, depuis que vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à parler devant vous, à pénétrer l'homme derrière le personnage officiel de Lord Lister.

Tous les hommes à personnalité forte sont rapidement reconstruits dans la légende et dans l'histoire suivant un type quelque peu artificiel. Plus le temps passe, et plus le héros devient une abstraction, souvent assez différente du modèle vivant.

A travers tant d'écrits et de panégyriques, j'ai cherché quel pouvait être le rythme intérieur de l'esprit de Lord Lister.

J'ai voulu le reconstruire pour moi-même, après l'avoir analysé.

Sans doute, ce n'est pas là chose facile. Nous ne voyons jamais que l'ombre des vivants et uniquement au travers de nous-mêmes.

Mais, beaucoup d'œuvres sont le reflet même de ceux qui les ont faites.

Et nous pouvons souvent, sans trop nous tromper, reconstruire un homme à l'image qu'il nous a laissée.

La leçon de Lister nous dit la vertu souveraine de l'intuition, la vigueur du raisonnement expérimental, la puissance créatrice de l'effort obstiné, d'un effort désintéressé, qui n'est jamais satisfait, et qui cherche toujours le mieux.

Aussi Lister m'apparaît-il avant tout comme un homme rare, ayant l'intuition instantanée de la vérité, avec l'honnêteté foncière d'une intelligence très sensible à ce qui est humain. Je le vois solitaire dans sa recherche, tendu toute sa vie vers son objet, constamment maître de lui, volontaire et modeste dans une expérimentation qui ne fut, pour lui, jamais terminée.

Son génie n'était pas de ceux qui soumettent tumultueusement.

Il était de ceux qui conquièrent lentement par la splendeur du vrai.

A l'ordre de l'intelligence, ce chirurgien a bâti une œuvre d'airain.

Cette œuvre a été bienfaisante entre toutes.

Je salue ici l'homme avec reconnaissance, avec respect, en vous remerciant, Messieurs, de m'en avoir donné l'occasion.

Parasitologie médicale, par Hervé HARANT, 202 p., 95 fig. ou photos. Maloine, édit. Collection « Les Petits Précis », 1939. 1 volume : 18 francs.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. WEITZ, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

LA VITAMINE D CHEZ LE NOURRISSON (1)

par M. L. BABONNEIX.

On sait, depuis les travaux de l'Ecole américaine que :

1° On peut provoquer le rachitisme chez certains animaux en leur prescrivant un régime où le rapport phosphocalcique soit déséquilibré, en prévenir l'apparition ou le guérir, soit par les rayons ultra-violets, soit par l'administration d'huile de foie de morue;

2° L'activité de cette huile tient à ce qu'elle contient naturellement le principe antirachitique ou vitamine D (calciférol) ;

3° La même activité peut être conférée à certains stérols (ergostérol ou provitamine D) en les soumettant à l'action des rayons ultra-violets (Windaus), les transformant en un isomère, le calciférol.

Aliments qui la contiennent. — Beurre d'été (provenant de vaches maintenues en pâturage). Beurre de noix de coco. Foie de haddock, d'hypoglossus (halibut), de merlan. Huile de noix de coco. Jaune d'œuf. Lait d'été.

Pour le *lait*, il en contient assez peu, mais l'exposition à la lumière des femelles laitières augmente cette quantité : aussi est-elle plus forte en été qu'en hiver. De même, l'irradiation aux rayons ultra-violets ou l'addition au régime, soit de la levure irradiée, soit d'huile de foie de morue. Mêmes réflexions pour les œufs.

A ces aliments, ajoutons un *médicament* : l'huile de foie de morue.

N'en renferment pas ou n'en renferment que des traces : Amidons. Carotte. Chou. Fécules. Feuilles étiolées. Graines de céréales. Huiles végétales. Jus d'orange. Levure de bière. Végétaux non insolés .

Cycle de la vitamine D. — Elle se forme, nous l'avons vu, aux dépens d'une provitamine (ergostérol).

Dans certains *végétaux*, elle provient de la transformation des phytostérols, sous l'influence des rayons solaires.

Les *animaux* l'empruntent aux végétaux, et l'on peut supposer, en outre, que l'exposition au soleil favorise, dans leur organisme, la transformation des zoostérols en calciférol (Ed. Lesné et R. Clément).

Pour l'*homme*, *la plus grande partie de la vitamine D provient de la transformation des stérols contenus dans la peau, sous l'influence des rayons solaires*, grâce, probablement, à la « collaboration » d'un facteur endocrino-sympathique.

De la peau, elle passe dans le sang, s'accumule dans le foie (Maignon) et dans la rate, dont le tissu réticulo-endothélial semble chargé de régler son métabolisme (Abelous, Cauquil, Ramond et Soulas).

---

(1) L. BABONNEIX. *Les régimes chez l'enfant*, Paris 1936, in-8, p. 132-146. — P. LEREBOULLET et A. BOHN. La vitamine D en thérapeutique infantile. Les grandes thérapeutiques. Les vitamines. Paris, s.d., in-4° (Byla). — LESNE (Ed.) et CLEMENT (Robert). Avitaminoses, *Traité de médecine des enfants*, t. I, Paris, 1934, p. 444-605. — MARFAN (A.-B.). Rachitisme, *Traité de médecine et de thérapeutique*, Paris, 1932 ; *Presse médicale*, n° 30, 1932 ; *Gazette des hôpitaux*, 25 janvier, 1933 ; *Soc. de pédiatrie de Paris*, 24 mai 1932 ; *Le nourrisson*, septembre 1932 ; mai 1933 ; *Les questions médico-chirurgicales; Le monde médical*, 1-15 juin 1936, n° 884, p. 797-809. — G. MOURIQUAND. Les notions de précarence et de dystrophies inapparentes dans le traitement des avitaminoses. Les grandes thérapeutiques. Les vitamines, s.d., in-4° (Byla). — Mme RANDOIN et H. SIMONNET. Les vitamines, Paris, 1932, in-16. — P. ROHMER. *Concours médical*, n° 13 *bis*, 30. III. 1938.


PANVITA
VITAMINOTHÉRAPIE
INTÉGRALE
1
SOLUTION DES
VITAMINES
LIPOSOLUBLES
A D E
SOLUTION DES
VITAMINES
HYDROSOLUBLES
B ET C
2
PANVITA
VITAMINOTHÉRAPIE
INTÉGRALE
MODE D'EMPLOI
MÉDICATION DE
CROISSANCE ET
D'ÉQUILIBRE
THÉRAPEUTIQUE ANTI-INFECTIEUSE
A. DEFFARGE
DOCTEUR EN PHARMACIE
188 COURS DE LA SOMME
BORDEAUX

Propriétés physiologiques.

1° L'*avitaminose D* se traduit par du rachitisme, que l'on peut obtenir, chez les animaux, en déséquilibrant le rapport $\frac{Ca}{P}$ — qui, normalement, est égal à 1,5, en augmentant soit P, soit C (*régime de Pappenheimer*), et qui s'observe, chez le nourrisson, toutes les fois qu'il y a (Ed. Lesné et R. Clément) non transformation de provitamine en vitamine sous l'influence de causes innombrables, dont les principales sont :

La *carence solaire* (*anhélie*), si fréquente chez les enfants des classes pauvres, élevées dans des taudis et trop rarement exposés à l'air et à la lumière (Rohmer);

Les *toxi-infections chroniques du premier âge* (Marfan), dont le rôle est capital, ainsi que celui des *troubles digestifs durables* (Marfan), et des *infections cutanées prolongées* (Marfan), gênant peut-être l'action des rayons ultra-violets sur les stérols de la peau.

Son rôle est donc de : 1° *régulariser le métabolisme du P et Ca;* 2° de *protéger les cellules de la zone d'ossification contre les infections et intoxications* (*pouvoir ostéophylactique.* Marfan).

2° L'*hypervitaminose D*, exceptionnelle chez l'enfant, se traduit par des calcifications diverses, des hémorrhagies, des lésions de néphrite aiguë.

Indications. — Ce sont :

1° Avant tout, le **rachitisme,** soit dans ses formes classiques, soit dans ses autres formes, moins bien connues : formes FRUSTES, monosympthomatiques, *révélées* (G. Mouriquand) par les causes habituelles : infections, déséquilibre alimentaire, croissance rapide, carence en rayons ultra-violets, allaitement artificiel; formes DE DÉBUT, *rachitisme inapparent*, *prérachitisme* de Mouriquand, caractérisées par de seuls troubles du bilan : augmentation considérable de l'élimination calcique par les selles et phosphore par les urines (Mouriquand et Leulier); formes ASSOCIÉES : 1° l'avitaminose D peut être associée *aux autres :* A, B, C; 2° elle est souvent combinée à la *tétanie.*

2° La **tétanie,** où l'administration de vitamine D fait remonter le taux en Ca sanguin;

3° L'**acrodynie** (Mad. Montlaur) ;

4° Les **états de prématuration.**

La vitamine D, prescrite à titre *prophylactique*, ne peut agir qu'associée aux médications que réclame tel cas particulier (*Assoc. internat. de pédiatrie préventive*, Lyon septembre 1934).

Contre-indications. — Le *rachitisme rénal* avec hyperphosphatémie (Marfan).

Mode d'administration et posologie. — Pour introduire la vitamine D dans l'organisme, divers procédés :

1° *Administration de rayons ultra-violets*, c'est-à-dire à courte longueur d'onde, entre 2900 à 3000 Å (Huldchinsky, 1918), qui transforment les stérols cutanés en ergostérol.

Cette *irradiation directe* peut se faire soit à la campagne, soit à la mer, en exposant prudemment et progressivement le petit malade aux rayons solaires, soit dans les grandes villes (*héliothérapie*), en recourant aux rayons ultra-violets (*actinothérapie*), pour l'emploi desquels il convient d'observer certaines précautions :

Brièveté des premières séances, au cours desquelles on ne procèdera qu'à des irradiations localisées, puis de plus en plus étendues; protection de la tête et des yeux, rapprochement progressif de la lampe, de manière à augmenter peu à peu l'effet cherché; prise, chaque soir de séance, de la température, suspension ou arrêt du traitement s'il se produit quelque réaction : nervosisme, insomnie, anorexie. En pratique, on prescrit des séries de 10 à 12 séances, d'une durée moyenne de cinq minutes, l'enfant étant à 1 m. 75 de la lampe, et on ne les recommence qu'au bout de trois semaines au plus tôt.

2° *Administration de produits naturels contenant de la vitamine D.*

Déjà Bretonneau et Trousseau avaient insisté sur la valeur, dans le traitement du rachitisme, de l'*huile de foie de morue*, qu'on donnera par gouttes (G. Blechmann), avec les interruptions nécessaires, en se rappelant (Ed. Lesné, R. Clément, Zizine et Simon) que son activité antirachitique doit toujours être l'objet, avant tout usage, d'un contrôle biologique permettant son titrage.

A l'huile de foie de morue de bonne qualité, contenant au moins 120 unités biologiques par gramme (XL à XLV gouttes), on substitue parfois d'autres huiles de poisson : chien de mer, hareng, phoque, requin, sardine.

3° *Administration de substances irradiées*, qu'il s'agisse de *médicaments* ou d'aliments.

Aux premiers appartiennent les *stérols irradiés.*

Des préparations spécialisées, les unes sont des *solutions huileuses*, dont on donnera de X à XX gouttes par jour (mesurées avec un compte-gouttes propre est très sec, Marfan), en plusieurs fois, mélangées au lait tiède du biberon, à un jus d'orange ou à du potage; les cures dureront 15 jours et seront séparées les unes des autres par des intervalles de 8 jours; l'usage du médicament sera continué quelques semaines à raison de V gouttes par jour.

Ces doses, suffisantes en cas de rachitisme, doivent être portées, en cas de spasmophilie, à L gouttes par jour, à condition, pour éviter l'hypervitaminose, de prescrire le médicament 4 jours seulement par semaine (Tanret et Simonnet); les autres sont des *solutions glycéro-alcooliques*, qu'on donne à doses plus faibles, mais de la même façon.

Les solutions sont-elles mal supportées, on peut leur substituer des *comprimés*, des *dragées*, des *pastilles de chocolat* qu'on fait prendre écrasées dans un peu de lait.

b) Une autre *solution glycéro-alcoolique*, titrée à 12.000 U. I. par cm³, soit 400 par gouttes et qui se donne, chez le nourrisson, aux doses de III à VI gouttes par jour, mélangée à du lait, immédiatement avant le repas. La dose quotidienne peut être fractionnée en plusieurs prises dans le courant de la journée. On prescrit des cures de 15 jours séparées par des périodes de repos de dix jours.

c) Des *comprimés*, des *dragées*, des *pastilles de chocolat* dosées à quatre centièmes de milligramme de vitamine D cristallisée, 1 1/2 chaque matin, qu'on fait prendre écrasées dans un peu de lait, si la solution n'est pas bien supportée (Marfan).

D'après M. Rohmer, l'absorption quotidienne de 600 U.I. est suffisante ; la guérison est obtenue au bout de 6 semaines, à moins qu'il n'y ait infection concomitante.

MM. Ed. Lesné et R. Clément ont insisté sur la nécessité, pour ces diverses préparations, d'un contrôle biologique, avec indication, pour chacune d'elles, de son activité antirachitique et de sa date de préparation.

En utilisant de faibles doses, prescrites seulement quelques jours de suite, on évitera à coup sûr les accidents d'hypervitaminose : anorexie, diarrhée, fièvre, perte de poids (P. Lereboullet et A. Bohn), et, à plus forte raison, l'hypercalcémie (Hess et Lewis, Marfan et Dorlencourt).

Quant aux *échecs*, ils sont souvent liés à la coexistence d'une infection (pyodermite) (Wieland) ou de l'hérédosyphilis (Mouriquand et son école) et sont combattus par l'association, à la vitamine D, de préparations calciques (Id.).

Au calciférol isolé, on substitue souvent des *préparations contenant à la fois les vitamines C et D, la vitamine A et la vitamine D* ou la vitamine D associée soit à des éléments minéraux et opo-thérapeutiques, soit à d'autres produits.

Des médicaments, on peut rapprocher les *aliments irradiés* : poudre de lait irradié, très recommandée par Wieland, lait de nourrices ou de vaches laitières soumises aux rayons ultra-violets ou à qui on a fait ingérer, soit de l'huile de foie de morue, soit de la vitamine D, soit de la levure de bière irradiée (Hess).

La médication doit être utilisée, à titre prophylactique, dès le début du deuxième mois, chez les *prématurés*, auxquels on donnera 300 U. I. par jour (P. Rohmer).

Médication adjuvantes. — Inutile d'ajouter que l'administration de calciférol ne donnera de bons résultats qu'autant qu'on lui aura associé les médications adjuvantes : préparations phosphatées et calciques, chlorure de calcium en cas de tétanie (Marfan, Mouriquand), vitamine A, traitement spécifique, s'il y a lieu, et qu'on a mis l'enfant à un régime approprié.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1939

Hermaphrodite de 63 ans à comportement féminin. — M. Ombrédanne rapporte cette observation due à M. Malgras ; à l'occasion d'une cure radicale de hernie inguinale, l'opérateur découvre une glande que l'examen histologique révèle être un testicule ; l'examen morphologique ne montre aucun caractère génital du sexe masculin, chez le sujet dont le comportement était entièrement féminin.

Le rapporteur insiste sur la notion du « bilan sexuel » affaire de bon sens plus que de preuve histologique.

Deux cas d'occlusions diverticulaires. — Rapport de M. J. Ch. Bloch sur ce travail de M. Vascoboinic ; la première observation est typiquement une occlusion par nœud diverticulaire. La deuxième observation est plus probablement un cas d'étranglement herniaire. L'auteur essaie de classer les divers aspects d'occlusion diverticulaire.

Perforation simultanée d'un ulcère gastrique et d'un ulcère duodénal. Opération. Guérison. Gastrectomie ultérieure. — Cette observation due à M. Tasso Asteriadès est rapportée par M. Menegaux qui souligne le fait que ces perforations simultanées ne sont pas exceptionnelles.

Rupture de la rate avec hémorragie retardée. — Observation de M. Delannoy ; rapport de M. J. Quénu. — L'intervalle libre a duré 8 jours ; opération ; guérison. A ces cas cliniques bien définis par l'intervalle libre correspondant des lésions très diverses ; le mécanisme de l'enkystement de l'hémorragie restant des plus obscurs.

M. J. Quenu considère que d'ailleurs durant l'intervalle libre il existe quelques symptômes : contracture légère de l'hypochondre gauche, température autour de 38°, notion du traumatisme dans les jours antérieurs.

M. Basset rapporte une observation superposable à celle de M. Delannoy, mais il avait noté la disparition totale de la contracture dans les 3 jours qui ont précédé la rupture.

Diverticule du duodénum ou anomalie complexe de l'ampoule de Vater. — M. Moure rapporte cette observation adressée par M. Chauvenet ; l'état précaire de la malade incite à intervenir pour réséquer le diverticule duodénal constaté à la radiographie. Mais à l'intervention, on sectionne cholédoque et canal de Wirsung qui passaient malencontreusement devant le duodénum et s'abouchaient dans le bord externe du duodénum.

Torsion des annexes saines. — Observations de M. Fabre rapportée par M. Basset.

Danger de la suture primitive dans les traumatismes ouverts en temps de paix. — M. Braine revient sur les désastres d'une suture primitive faite à tort ou sans un épluchage minutieux des plaies.

M. Rouhier estime que la suture primitive doit être conservée dans certains cas et, en particulier, dans les plaies de poitrine, les plaies articulaires et peut-être dans quelques fractures ouvertes de jambe.

Un cas d'œdème malin staphylococcique de la face avec septicémie. — MM. Guibal et L. Sauvé. — Il s'agissait d'une femme jeune ayant présenté au début un furoncle de la lèvre supérieure ; diverses complications surviennent, mais dominées par l'œdème malin de la face. Après plusieurs tentatives thérapeutiques, c'est la bactériothérapie intraveineuse qui semble avoir déterminé la guérison des lésions.

M. Sauvé joint à son observation :

Un travail de M. Baumgartner (Genève) comportant trois observations analogues.

Un travail de M. Duboucher qui a observé 15 cas de lésions malignes de la face dues au staphylocoque. L'anatoxine ne semble pas lui avoir fourni de bons résultats ; la bactériothérapie intra-veineuse paraît plus efficace.

Résultat éloigné d'une implantation gastrique de fistule pancréatique. — MM. Ménégeaux, Calvet et Monsaingeon apportent la fin d'une observation publiée en partie par M. Guibé, qui avait eu l'occasion d'opérer le blessé lors de l'accident initial. Une contusion épigastrique détermine une lésion pancréatique qui aboutit à une fistule ; fistulo-anastomose par M. Guibé. Deux ans après, M. Ménégaux a l'occasion de voir le blessé qui présente des troubles digestifs, une tuméfaction épigastrique. Il s'agit d'un kyste pancréatique dont on fait la marsupialisation.

Guérison datant maintenant de plus de deux ans. M. Menegaux discute les conditions de guérison après fistulo-anastomose et souligne que les résultats satisfaisants rapportés ont été suivis peu de temps.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 7 janvier 1939

MM. E. Césari et P. Boquet. Les différents facteurs de la **toxicité du venin** de *Vipera aspis* se distinguent par la résistance qu'ils offrent à l'action du formol. Alors que certains d'entre eux (facteur coagulant) sont très labiles, d'autres au contraire se montrent plus résistants (phosphatidase). De plus fortes quantités d'aldéhyde formique et un séjour prolongé à 37° sont alors nécessaires pour en déterminer l'atténuation.

Sur les variations de virulence d'une souche de bacilles tuberculeux de type bovin suivant le milieu de culture employé. — MM. J. Valtis et F. Van Deinse ont étudié une souche de bacilles tuberculeux de type bovin, qu'ils ont entretenue plusieurs années sur trois milieux de culture différents : pomme de terre glycérinée, sur laquelle la souche, devenue eugonique, a perdu sa virulence ; pomme de terre biliée, sur laquelle elle avait gardé une partie de

sa virulence, même après 55 passages, et liquide synthétique de Sauton, milieu sur lequel la culture a toujours poussé difficilement et avec une extrême lenteur, en gardant jusqu'à maintenant sa haute virulence initiale. Chez un cobaye inoculé avec le 51e passage de la souche biliée, on a assisté à une évolution de type « S » en type « R » *in vivo*, avec perte de virulence, également *in vivo*.

Mécanisme du blocage précoce de la transmission synaptique après section nerveuse. — M. P. Chauchard. Le blocage précoce de la transmission synaptique (ganglionnaire et neuromusculaire) dans les jours qui suivent la section nerveuse est une conséquence du trop grand hétérochronisme développé par suite de l'augmentation de chronaxie de l'élément post-synaptique (fibre musculaire ou cellule ganglionnaire). C'est une nouvelle preuve en faveur d'un mécanisme physique de transmission. La possibilité d'un tel mode de transmission serait assurée, dans le cas du ganglion, par une régulation permanente cholinergique de la chronaxie des cellules ganglionnaires qui serait ainsi maintenue au voisinage de la chronaxie préganglionnaire.

A propos des intermédiaires chimiques. — M. Lapicque signale l'engouement excessif auquel a donné lieu la découverte des intermédiaires chimiques et cite quelques exemples particulièrement démonstratifs.

Sur les réactions de choc à point de départ utérin. — MM. E. Lévy-Solal, M. Sureau et Burstein. — Les auteurs reprennent l'étude expérimentale de cette question sur la lapine non gravide. Ils ont enregistré par distension de la corne utérine réalisée par injection de sérum physiologique, un effondrement de la tension artérielle suivi de mort dans 3 cas ; l'injection de sérum dans la cavité péritonéale ainsi que dans l'ovaire reste sans effet.

Recherches sur l'élimination des produits de désintégration des albumines au cours du post-partum. — MM. E. Lévy-Solal, M. Sureau et Burstein mettent en lumière la recrudescence de l'activité diastasique après l'accouchement avec, comme corollaire, la transformation des mollécules protéiques en molécules plus simples. Ils indiquent une technique de recherche des polypeptides dans l'urine avec la tungstate de soude. Tandis que les urines de femmes enceintes aux différents âges de la gestation ne renferment pas de polypeptides, la plupart des femmes accouchées présentent dans les urines une réaction positive.

Séance du 14 janvier 1939

Caractère potentiel des effets de l'insuline sur le cœur isolé de poikilotherme et l'instestin isolé de cobaye. — M. R. Cahen. L'effet inotrope positif qu'exerce l'insuline, à faible dose, sur le cœur isolé de grenouille et d'escargot, et l'effet dépresseur sur l'intestin de cobaye disparaissent rapidement, bien que le liquide de perfusion se montre encore actif sur un nouvel organe. L'effet initial de l'insuline peut réapparaître si l'on ajoute une nouvelle dose d'insuline au liquide de perfusion ou si l'on procède au lavage de l'organe. Ces phénomènes semblent de même nature que ceux observés par Straub pour des poisons potentiels.

Apparition de lésions intestinales chez le cobaye par inoculation de tuberculine dans les ganglions mésentériques. — M. J. Beerens observe l'apparition de lésions nécrotiques intestinales après injection de tuberculine diluée au 1/10e dans les ganglions mésentériques de cobayes préalablement infectés par voie sous-cutanée ou *per os*, avec un bacille tuberculeux virulent. Ces lésions apparaissent deux jours après l'injection intraganglionnaire. Elles consistent en une nécrose fibrinoïde de toutes les parties constituantes de la muqueuse intestinale, aboutissant à des perforations intestinales et à une péritonite généralisée.

Mise en évidence d'un anticorps protéidique vrai dans le sérum d'un cheval préparé avec des bacilles bovins dysgoniques lisses. La préparation des anticorps dipoïdiques et polyosidiques. — MM. W. Schaefer et G. Sandor ont réussi à mettre en évidence dans le sérum d'un cheval préparé par des injections de bacilles bovins dysgoniques lisses la présence de trois anticorps distincts : protéique, lipoïdique et polyosidique. La méthode de l'inhibition spécifique précédemment décrite par W. Schaefer permet de séparer ces anticorps dans la réaction de fixation du complément.

Sur l'origine et l'évolution des mélanoblastes dans le papillo-épthéliome de Shope. — MM. A. Peyron et G. Paumeau-Delille ont étudié l'évolution des mélanoblastes dans le papillo-épithéliome infectieux cutané du lapin (tumeur de Shope). Ils mettent en évidence leur origine épithéliale ; d'autres parts, après traitement de la tumeur par la colchicine, ils observent une descente beaucoup plus marquée de ces éléments pigmentaires dans le derme, réalisant des aspects analogues à ceux des naevi humains au début.

Présentation de livre. — MM. R. Dujarric de La Rivière et Roger Heim présentent un livre d'eux intitulé : *Les Champignons toxiques*. Caractères et détermination, toxines, intoxications, thérapeutique. Aquarelles de A. Bessin. 1 vol. in-4. L'Encyclopédie médico-chirurgicale, Edit., 1938.

Les laits fermentés. Leur utilisation dans le traitement des gastro-entérites infantiles. — M. L. Guillemot et Mme Jéramec. — Les laits fermentés, qui sont des cultures massives de certains ferments lactiques, sont intéressants par leur digestibilité, due principalement à l'action sur la caséine des diastases microbiennes. Ils agissent d'autre part comme des laits acides et lorsqu'ils sont dégraissés comme des babeurres. Enfin, leurs ferments vivants protègent assez loin dans l'intestin les résidus digestifs. Ils conviennent très bien pour les reprises alimentaires. Les auteurs ont essayé du *streptocoque lactique* et du bacillus acidophilus de Moro comme microbes modificateurs. Les résultats sont à peu près équivalents. Les laits fermentés méritent donc de prendre une large place dans la diététique des gastro-entérites infantiles.

Action sur la glycémie et la circulation insulaire des injections intra-artérielles pancréatiques de novocaïne. — MM. M. Sendrail, M. Cahuzac et L.-J. Talamet (de Toulouse) ont pratiqué chez le chien, en application de la méthode de Leriche, des injections de novocaïne dans l'artère pancréaticoduodénale supérieure. Les doses moyennes de novocaïne provoquent une onde d'hypoglycémie, alors que les doses massives conditionnent une réaction inverse. Ces modalités réactionnelles différentes dépendent du degré de la perturbation vasomotrice des îlots.

Action sur la glycémie des injections périartérielles pancréatiques de novocaïne. — MM. M. Sendrail et M. Cahuzac (de Toulouse) ont déterminé, en pratiquant des infiltrations novocaïniques autour des artères pancréaticoduodénales, des réactions superposables à celles que provoquent les injections intraartérielles : les variations dans les taux de novocaïne injectée entraînent des déviations du sens de la réponse glycémique, en fonction de l'intensité de l'hyperémie langerhansienne. Toute atteinte portée à l'équilibre neurovégétatif du pancréas a donc son retentissement immédiat sur l'activité sécrétoire des îlots.

Résistance de l'animal nouveau-né à l'électrocution. — MM. M. CAHUZAC et P. MARQUES (de Toulouse) ont été frappés de la remarquable résistance d'une série de chiots nouveau-nés à l'électrocution, par rapport aux animaux adultes. Ils attribuent ce fait à l'inexcitabilité du système neurovégétatif dans le premier âge et le rapprochent des constatations des chirurgiens sur la « zone franche » d'Ombredanne.

Modifications locales consécutives à des injections intramédullaires osseuses de salicylate de soude en solution concentrée. — MM. R. BENDA et Ch. DEBRAY ont observé, chez le lapin, après quelques injections intramédullaires de salicylate de soude en solution concentrée, des modifications considérables de la diaphyse, représentées essentiellement par une augmentation très importante de la corticale, avec des productions insolites d'os nouveau qui parsèment la partie moyenne de la diaphyse et oblitèrent complètement les deux extrémités du canal osseux.

Ces modifications, bien que considérables, disparaissent par cessation des injections en quelques mois. Il n'est pas interdit de penser qu'à côté de leur intérêt physiologique, elles pourraient avoir également un certain intérêt d'ordre pratique.

SÉANCE DU 21 JANVIER 1939.

Sur un bacille paratuberculeux pathogène pour l'homme. — M. R. LAPORTE étudie une souche de bacille acido-alcoolo-résistant isolée du pus d'un abcès sous-cutané chez un enfant de 17 mois.

Le germe isolé présente les caractères de culture et l'absence de virulence pour les animaux de laboratoire qui le font classer dans le groupe des bacilles paratuberculeux.

L'origine de l'abcès paraît être l'injection d'eau de mer insuffisamment stérilisée. Les bacilles s'étaient multipliés activement *in vivo*.

Il est exceptionnel de rencontrer chez l'homme un bacille paratuberculeux ayant exercé une action pathogène manifeste.

Sur la culture du bacille de l'entérite paratuberculeuse hypertrophiante des bovidés (Bacille de Johne). — M. A. BOQUET expose les résultats de ses essais de culture du bacille acido-résistant de l'entérite paratuberculeuse (entérite hypertrophiante des bovidés) dans le milieu synthétique de Sauton et sur la pomme de terre, soit en présence du facteur de croissance constitué par l'extrait hydro-glycériné de bacilles paratuberculeux de la fléole, soit en l'absence de ce facteur.

Influence de la désensibilisation sur la dispersion des germes de surinfection chez des cobayes rendus hyperallergiques au moyen de bacilles tuberculeux morts enrobés dans l'huile de vaseline. — M. A. SAENZ. Malgré les rapports étroits existants entre les réactions d'hypersensibilité et l'immunité dans la tuberculose, le retard dans la dispersion des germes d'épreuve est sensiblement le même, qu'il s'agisse de cobayes hyperallergiques ou que la maladie évolue sur des animaux désensibilisés. Or, étant donné que le retard dans la dispersion des bacilles de surinfection est étroitement lié au degré de résistance conféré par la primo-inoculation, il ressort de ces expériences que l'hypersensibilité du derme à la tuberculine n'est pas indispensable à l'établissement et à l'entretien de l'immunité.

Recherches sur la valeur antigénique des différentes fractions chimiques du bacille tuberculeux vis-à-vis du sérum sanguin et du liquide pleural des tuberculeux. — M. NGUYEN DUC KHOI. Les anticorps lipoïdiques dominent dans le sérum et dans le liquide pleural des tuberculeux. Les antigènes lipoïdiques incomplètement purifiés décèlent mieux les anticorps lipoïdiques que les antigènes lipoïdiques purs.

Dans 20 % des cas pour les sérums, 50 % pour les liquides pleuraux, on trouve, à côté des anticorps lipoïdiques, des anticorps réagissant avec les complexes polyosido-protéïdiques du bacille tuberculeux.

Contribution à l'étude de l'élimination urinaire des corps œstrogènes après injection d'hormones sexuelles. — MM. Guy LAROCHE, H. SIMONNET et E. BOMPART. Chez des femmes castrées, les injections *de benzoate de dihydrofolliculine* déterminent toujours un accroissement parallèle et important des substances œstrogènes, pourvu que le rythme des injections soit asez rapproché, ce qui ne se produit pas après les injections de *progestérone* ou *testostérone.*

Les femmes castrées ne semblent donc pas, dans les conditions de leurs recherches, transformer en substances œstrogènes une notable quantité des hormones androgènes ou lutéiniques injectées.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 13 JANVIER 1939

100 cas de diabète sucré traités par l'insulino-protamine-zinc. — M. BOULIN. Glycosurie abolie dans 72 cas avec une dose d'I.P.Z, inférieure aux doses antérieures d'insuline ordinaire. Dans 11 cas la glycosurie baissa de 50 %. Dans 17 cas la glycosurie s'éleva, il s'agissait de grands diabétiques exigeant 70 à 80 unités d'insuline ordinaire.

La glycémie à jeun a été dans 27 cas ramenée à la normale. Chez 98 % des malades, la glycémie s'abaissa malgré une réduction moyenne de 1/6 de la dose d'insuline.

L'auteur considère l'I.P.Z comme le traitement de choix des diabètes de gravité moyenne.

Etude microbiologique et cytologique du suc médullaire dans 34 cas de syphilis récente. — MM. BENDA et ORINSTEIN (en collaboration avec MM. THAON, NICOLAS et URGUIA). Utilisation de la méthode de la ponction sternale dans 31 cas de syphilis récente : 4 résultats positifs complets, se répartissant en 3 cas de syphilis primaire et 1 cas de syphilis secondaire. 6 résultats positifs partiels. Cette méthode présente un certain intérêt doctrinal en apportant une preuve directe nouvelle de la précocité de la diffusion du tréponème : sa valeur pratique est médiocre.

Le 693 ou para-aminophénylsulfamido-pyridine dans l'endocardite maligne lente. — M. RAVINA. Malade chez laquelle une chute de la fièvre et une amélioration de l'état général ont suivi plusieurs fois l'administration du 693 par voie buccale ou parentérale .

Notes radiologiques sur l'asthme infantile. — MM. DEBRÉ, LAMY, MIGNON et NICK.

L'Electro-cardéoscope enregistreur et son utilisation pratique. — MM. DONZELOT et NIÉNETREL.

Anurie par acétylarsan. — MM. LAEDERICH, WORMS et TEYSSIER. Apparitions d'accidents rénaux graves chez un jeune homme atteint d'ostéosarcome et traité par l'acétylarsan. Le malade arrive à l'Hôpital, en état d'anurie, qui s'améliore rapidement, la diurèse s'étant rétablie au bout de 48 heures, et le chiffre de lozotémie revint à la normale. Les auteurs admirent une intolérance rénale.

Accidents cérébraux graves consécutifs à l'administration par voie vaginale d'un comprimé de Stovanol. — M. WORMS. Femme de 65 ans reprend après une interruption de 3 mois le traitement par les applications de Stovanol : rapidement après l'introduction d'un seul comprimé, apparition de phénomènes graves, d'une éruption scarlatiniforme, de délire,

de convulsion, et de coma qui persista pendant 2 jours. L'apparition de ces phénomènes après l'absorption d'une faible dose d'arsenic, permet de les attribuer à l'intolérance

Influence de la pyrétothérapie sur un cas de paralysie générale avec kératite et ulcération de la cornée. Effet favorable immédiat sur les lésions oculaires. — MM. PAMBOUKIS et CODOUNIS (Athènes).

SÉANCE DU 20 JANVIER

Ulcère géant de la petite courbure. — M. GUTMANN. — Il s'agit d'un type fréquent d'ulcère, atteignant les vieillards et les sujets fatigués ; se présentant le plus souvent avec des douleurs faibles, de l'anorexie, de l'amaigrissement et de l'achlorhydrie. Anatomiquement existe vers le milieu de la petite courbure une niche énorme (grosse noix, mandarine). Cette lésion est, de coutume, bénigne et guérit rapidement par un traitement médical actif : l'ulcère ne se transforme jamais sur cette région. Parfois, il s'agit d'un cancer ulcériforme dont la caractéristique est la persistance de la lésion après un traitement d'essai.

Auto-agglutination des hématies associées à un lymphonie splénique et à des crises de cyanose. Action favorable de la radiothérapie. — MM. CL. GAUTIER, Mlle HERMANN et LAUDAT.

Hépatite et syndrome d'ictère par rétention avec volumineuse dilatation vésiculaire ayant nécessité une cholécystomie au cours d'une mélitococcie. — MM. RIMBAUD, SERRE, Mlle BOUGUREL (Montpellier).

Tumeur frontale droite avec calcification et réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. GUILLAIN, MOLLARET et MESSIMY.

Un cas d'eczéma péri-vulvaire provoqué par l'emploi régulier de comprimés anti-conceptionnels. — MM. FLANDRIN et POUMEAU-DELILLE.

Epanchements pleuraux et radiographie en position déclinée. — MM. PARAF et ZIVY démontrent que dans les gros épanchements, la radio, le malade étant placé sur le côté opposé, permet l'analyse du parenchyme pulmonaire ; dans les petits épanchements et dans des hydrothorax invisibles, en plaçant le patient sur le côté malade, on pourra reconnaître l'épanchement.

Macrogénitosomie précoce. — MM. MONIER-VINARD et Mme ROUDINERCO. — Dans l'étude somato-psychique d'un enfant de 6 ans, les auteurs démontrent l'absence de corrélation entre le développement intellectuel et le développement pubertaire. Il faut remarquer l'augmentation du métabolisme basal sans aucun signe d'hyperthyroïdie et l'augmentation de la thyréostimuline. Cliniquement, on ne peut affirmer l'origine du syndrome.

Trois cas d'infraction duodénale. — MM. GERMAIN, LE GALLOIE et MORVAN (Lorient).

Trois cas d'infraversion duodénale avec stase à des degrés divers et symptômes variés d'ordre mécanique et d'ordre toxique. Les auteurs discutent l'étiologie de la malformation duodénale et en admettent l'origine congénitale.

Méningite cérébro-spinale à méningocoque B guérie par chimiothérapie sulfamidée. — MM. GERMAIN et GAUTRON. — Observation d'une méningite cérébro-spinale à méningocoque B chez une adulte, traitée par le 1162 F, par voie buccale et intra-rachidienne. Guérison en 18 jours.

LIVRES NOUVEAUX

Le penumokyste périvésiculaire (El neumoquiste perivesicular), par José BONABA et José A. SOTO. Montevideo, Mercant, 1938. (Collection des Monographies de l'Institut de clinique pédiatrique et de puériculture. Docteur Louis MORQUIO.)

Il s'agit ici d'une forme particulière du kyste hydatique caractérisée par l'introduction de la pénétration, grâce à un mécanisme encore mal établi d'air entre la membrane vivante du kyste et sa couche adventice. Jaubert de Beaujeu avait déjà décrit de semblables formes au point de vue radiologique et les avait dénommées kystes à double contour; l'étude radiologique de Bellot et Penteuil a également une place importante dans la monographie de ces kystes.

Il n'en reste pas moins que le présent travail, commentaire de nombreuses observations originales illustrées de belles radiographies est une mise au point clinique, étiologique, pathogénique et radiologique d'une forme peu fréquente et dont le diagnostic même aux rayons X peut être délicat. Il y a là un recueil de documents précieux qu'ont avantage à connaître les cliniciens dans tous les lieux où le kyste hytatique est fréquent. Cette belle monographie témoigne de la vitalité d'une école médico-chirurgicale sud-américaine qui n'a jamais cessé d'être en étroites relations scientifiques avec notre pays.

Atlas d'Hématologie, par M. les Professeurs Prosper MERKLEN et Robert WAITZ (de Strasbourg). — Un volume relié pleine toile, impression or, 210 pages, 52 planches en 5 couleurs, cartonné, prix 325 francs, Maloine, éd., Paris.

On sait que depuis quelques années l'iconographie a conquis un développement justifié dans toutes les branches de la médecine. L'hématologie, en particulier, devait bénéficier de cette tendance : le diagnostic y est en grande partie basé sur l'examen cytologique du sang et des organes hématopoïétique, rate, moelle osseuse, etc.

Le besoin s'imposait en France d'un ouvrage où seraient groupées les reproductions des diverses cellules sanguines. Cette lacune vient d'être comblée par l'Atlas d'Hématologie que font paraître MM. Pr. Merklen et R. Waitz.

On y trouvera les images en couleurs de la grande majorité des cellules qu'on a coutume de rencontrer dans le sang et les viscères de l'hématopoïèse, à l'état normal et pathologique. Elles ont été dessinées d'après les préparations toutes traitées par la technique de May-Grunwald-Giemsa. L'ensemble est réuni en planches très soignées, qui permettent de prendre une connaissance exacte de la morphologie et de la coloration des variétés de leucocytes et hématies en cause.

L'attention apportée par les auteurs au choix des préparations et à la qualité de leur reproduction fait de cet Atlas un recueil de documents de haute valeur, égal ou supérieur aux meilleurs atlas étrangers. Au cours de pages très claires, placées en tête de l'ouvrage, sont exposés les caractères différentiels des éléments cellulaires du sang, ce qui aide à comprendre et à interpréter la lecture des planches qui suivent.

Si l'Atlas d'Hématologie de MM. Pr. Merklen et R. Waitz s'adresse avant tout aux hématologistes et aux histologistes, il se montre aussi d'une réelle utilité pour les praticiens de médecine générale et les spécialistes; tout médecin a de plus en plus l'occasion de s'intéresser aux questions dont l'ouvrage fournit la solution iconographique.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY-MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 29. — MERCREDI 12 AVRIL 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : 9[illegible] francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sur les psychoses gravidiques et puerpérales, par MM. P. Nayrac, L. Gernez et R. Duval (de Lille).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine. — Société de biologie.

ASSISES DÉPARTEMENTALES.

La méningite cérébro-spinale à méningocoques, par M. Henri Godlewski.

Pratique médicale.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule, par M. J. Reignier (à suivre).

INFORMATIONS

Agrégation des Facultés de médecine. — *Tirage au sort du jury.* — La commission prévue à l'article 27 de l'arrêté du 31 juillet 1934 se réunira à la faculté de médecine de Paris, le lundi 17 avril 1939, à dix-sept heures pour procéder au tirage au sort, en vue de la constitution des jurys du concours d'agrégation de médecine de 1939.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix décernés.* — Par décision du Conseil de la Faculté du 23 février 1939, les prix suivants (1938) ont été attribués, savoir :

Prix Bernheim, Dr Vincent ; prix Boulay, Dr Paul Guérin ; prix Barbier, M. Faugeron ; prix Deroulède, Dr Cornilleau ; prix Desmazes, Dr Vieuchange ; prix Jeunesse hygiène, Mlle le Dr de Colonjon ; prix Second, Dr Chevallier ; prix Girard-Martinet, Dr Klotz ; prix Séligmann, MM. Hector, Roche ; prix Léri, Mme le Dr Robin ; prix Monthyon, M. Fethke ; prix Rigout, Dr Bouyssy ; prix Châteauvillard, Dr Seringe ; prix Sigard, Drs Bulliard, Morigard.

Prix de thèses 1937-1938. — Médailles d'argent. — MM. Barbier, Bargat, Bassir, Baudouin, Bénassy, Bonnet, Broutman, Bose, Bour, Bourée, Bouteau, Boutron, Bouvrain, Bouyssy, Buvat, Mme Calvet née Cottineau, Catinat, Chareire, Coldefy, Mme Coquoin née Carnot, Daum, Delaunay, Delort, Demartial, Domart, Dreyfus, Dufour, Duperrat, Duval, Eon, Fasquelle, Faulong, Fethke, Filhoulaud, Gallerand, Gaultier, Gautier, Gayrard, Genty, de Gracianski, Crépinet, Gross, Halley des Fontaines, Herrenschmidt, Mme Hyon née Jomier, Mme Israël, Jaïs, Kia, Mlle Ladet, Lapipe, Lavedan, Le Beau, Le Cœur, Leconte, Mme Leconte née Lorsignol, Lefebvre, Léger, Lesobre, Mlle Luxembourg, Mallet, Malpart, Manoutcherian, Marachi, Mlle Maréchal, Masius, de Maulmont, Maury, Maynadier, Molinery, Morin, Netter, Nicolas, Orinstein, Orsoni, Parrot, Perret, Porge, Puymartin, Rendu, Rist, Roge, Rossier, Rouchy, Roy, Rymer, Sautter, Scheid, Seringe, Siguier, Tanret, Temerson, Mme Tetreau née Thévenot, Turiaf, Tzannetis, Ullmann, Vaidie, Varay, Vercier, Vincent Pierre, Vincent Philippe, Wibrotte, Yglésias y Bétancourt.

Médailles de bronze. — MM. Adle, Arnaud, Bailly, Barbier, Barry, Belot, Mlle Boucabeille, Bourgin, Mlle Boutonier, Boyer, Bryskier, Carle, Carrez, Cernéa, Chabaud, Mlle Chaminadas, Mme Chaput née Courrier, Cohen, Colin, Crohas, Mme Darier née Pascal, Dennewald, Deschamps, Deshaies, Destouches, Devernoix, Djelveh, Douay, Druilhe, Ducros, Eteve, Farreras, Mlle Fruton, Gahinet, Gaube, Genty, Gharib, Giraux, Goulène, Grevélink, Grinfeder, Grundland, Gruner, Halperin, Mlle Huard, Isaacson, James, Mlle Jolivet, Jousset, Kipfer, Koffas, Lades, Le Breton, Le Crom-Hubert, Lejosne, Mlle Marcus, Mardrus, Mme Mennesson née Robert, Michaut, Mouchotte, Olivier,

Oudot, Picquart, Poncet, Proux, Rabant, Reinert, Richard, Rotenberg, Rozée-Belle-Isle, Mlle Saulnier, Mlle Schneider, Sierra, Steinberg, Vandenplas, Mlle Vigneron, Mlle Weingarten.

Mentions honorables. — MM. Blaire, Mme Boulenger née Conty, Mme Cauvy née Saint-Paul, Fretet, Goldberger, Greene, Haguier, Jouanneau, Mlle Kritschewsky, Lanthier, Lozé, Maury, Ponpon, Rook.

Centre de lutte anticancéreuse d'Angers. — M. le professeur Fruchaud, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine d'Angers, est nommé directeur du centre de lutte anticancéreuse d'Angers, en remplacement de M. le docteur Papin.

Guerre. — Le *Journal officiel* du 6 avril 1939 publie un décret augmentant les effectifs du corps de santé des troupes coloniales. Ces effectifs, outre les médecins généraux et le pharmacien général, comprendront 1020 médecins, 105 pharmaciens, et 80 officiers d'administration.

Marine marchande. — *Examen pour l'obtention du titre de médecin breveté de la Marine marchande.* (Centre de Marseille, session de mars 1939). — Ont été admis : MM. les docteurs : Arlaud, Axelrud, Bernardin, Dagnan, Dejou, Jalabert, Kerebel, Monteils, Parrel, Vallette ;

MM. : Achard, Casanova, Cony, Decombes, Provansal, Schmit, Vaugier, étudiants en fin de scolarité.

IIe journées de Pathologie du Travail. — LUNDI 22 mai 1939, à 9 h. 30, séance inaugurale dans le grand amphithéâtre de la faculté de médecine. Rapport sur les conditions hygiéniques des divers travaux de soudure (M. Heim de Balsac).

MARDI 23 mai, à 9 h. 30, rapport : l'étiologie et la pathogénie des dermatoses professionnelles (MM. Flandin et Rabeau).

MERCREDI 24 mai, à 9 h. 30, rapport : sur les divers systèmes d'indemnisation des maladies professionnelles (M. Pollet).

JEUDI 25 mai, à 9 h. 30, rapport : étude toxicologique des principaux constituants des aciers dits spéciaux (MM. Fabre et Kahane).

Renseignements, inscriptions et correspondance à l'Institut médicolégal, place Mazas, Paris 12e. Tél. Diderot 42-54.

Congrès de la diurèse (vittel, Pentecôte 1939). — Il est rappelé que le congrès de la diurèse aura lieu à Vittel les 27, 28 et 29 mai prochain.

Placée sous la présidence de M. le professeur Rathery, de l'Académie de Médecine, cette manifestation scientifique, par la qualité et l'importance des travaux présentés, d'une part et le nombre d'adhésions reçues à ce jour, d'autre part, promet d'être d'un intérêt exceptionnel.

Les adhésions seront reçues jusqu'à la date limite du 15 mai. Bien entendu, le montant de l'inscription sera immédiatement remboursé aux intéressés si, pour un cas de force majeure, le congrès n'avait pas lieu.

Pour renseignements, s'adresser à M. P. Frisch, secrétaire administratif du congrès, à Vittel (Vosges).

COURS

Amphithéâtre d'anatomie (M. le docteur Jean BRAINE, directeur des travaux scientifiques). — Un *cours de broncho-œsophagoscopie*, en douze leçons, sera fait par M. le docteur André Aubin, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, avec le concours de ses assistants, du vendredi 28 avril au vendredi 5 mai 1939 inclus.

Ce cours comportera au maximum douze auditeurs. Droit d'inscription : 500 francs (se faire inscrire, jusqu'au 26 avril, 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris-Ve).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 16 février. — Jury : MM. Tiffeneau, président ; Laubry, Nobécourt, Gastinel. — M. COURTIN. Etude critique et documentaire sur les diurétiques mercuriels. — M. GALICHÈRE. Etude documentaire et critique sur l'hypophyse antérieure. — M. DELAIR. Etude électrocardiographique du réflexe sino-carotidien appliquée au cœur sénile. — M. CAPELLE. Contribution à l'étude du scorbut chez l'enfant au sein.

Samedi 18 février. — Jury : MM. Cunéo, président ; Lemaitre, Terrien, Renard. — M. PAPIN. Contribution à l'étude du traitement des fractures du calcanéum par greffons ostéopériostiques. — M. DRENEAU. Les sinusites maxillaires hyperplasiques. Méthodes opératoires et leurs indications thérapeutiques. — M. POSADA. Essai sur la pathogénie des paralysies oculaires à la suite de rachianesthésie ou de simple ponction lombaire.

Mercredi 22 février. — Jury : MM. Couvelaire, Lévy-Solal, Ombrédanne, Lacomme. — M. BORDES-SÜE. Considérations sur la prophylaxie et le traitement de l'infection puerpérale par les dérivés sulfamidés incolores. — M. FERRASSON. Quelques temps principaux du diagnostic de la stérilité conjugale. — M. BAKHCHAYECH. L'intervention préventive dans les ostéites tuberculeuses juxta-articulaires de la hanche.

Jeudi 23 février. — Jury : MM. Pierre Duval, Gougerot, Laignel-Lavastine, Huguenin. — M. LECHEVALLIER. Contribution à l'étude clinique du cancer de l'urètre antérieur chez l'homme. — M. LEDERER. Résultats obtenus dans le traitement de la paralysie générale au Centre de Malariathérapie de l'Hôpital Cochin.

Vendredi 24 février. — Jury : MM. Lœper, Troisier, Etienne Bernard, Turpin. — M. TRONEL-PAYROZ. Contribution à l'étude des dyspepsies d'origine ovarienne. — M. HUET. Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. — M. Mlle HALPERN. Traitement des abcès du poumon par une nouvelle technique d'autolysat.

SUR LES PSYCHOSES GRAVIDIQUES ET PUERPÉRALES

PAR MM.

P. NAYRAC,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
chargé du cours de clinique neurologique.

L. GERNEZ,
Chef de clinique obstétricale.

et R. DUVAL,
Médecin assistant de la Clinique psychiatrique.

(de Lille)

Ce travail est le classement synthétique d'une centaine d'observations cliniques de troubles mentaux survenus au cours de l'état puerpéral. C'est dire qu'il a une valeur surtout statistique. Il faut donc bien préciser, en premier lieu, les conditions générales dans lesquelles les faits ont été observés.

Nos observations ont toutes été recueillies ces cinq ou six dernières années à la clinique psychiatrique de la Faculté. Cela implique qu'elles ont trait surtout à de gros troubles mentaux, de nature à amener le placement en maison de santé. Les troubles mineurs (obsessions, troubles du caractère, dépression légère, etc.) si fréquemment rencontrés en clientèle de ville, ne sont pas en cause ici : ils ne posent d'ailleurs pas de problème pronostique grave, puisqu'ils ne menacent évidemment ni la vie ni la raison de la mère.

D'autre part, les renseignements sur l'histoire obstétricale jusqu'à l'admission à la clinique sont généralement très incomplets. L'enfant a, dans la plupart des cas, été perdu de vue très rapidement. Ces lacunes seront d'ailleurs rappelées en temps voulu.

***

Dès l'abord, la phrase de Gilbert Ballet (« Il n'y a pas *une* psychose puerpérale, il y a *des* psychoses puerpérales ») s'impose comme une évidence. Mais toutes les variétés de psychoses puerpérales ne présentent pas le même intérêt clinique.

On peut, en particulier, élaguer assez rapidement les observations de troubles mentaux survenus au cours de la puerpéralité, mais où celle-ci n'a évidemment joué qu'un rôle accessoire dans la genèse de la psychose.

Par exemple, dans 4 cas, chez des syphilitiques avérées, on voit les troubles psychiques apparaître au quatrième mois, au septième mois de la grossesse, à l'accouchement (dans 2 cas avec accompagnement de phénomènes éclamptiques) pour évoluer ensuite comme une paralysie générale banale, des rémissions (parfois très belles) pouvant être obtenues par chimiothérapie ou impaludation (1).

Dans 4 cas, la grossesse détermina, en apparence, un état dépressif, un syndrome de perversité, qu'un examen attentif montra être liés en réalité à l'encéphalite épidémique prolongée plus ou moins parkinsonienne. L'action défavorable exercée par l'état puerpéral sur l'encéphalite a d'ailleurs été signalée par les auteurs (Marinesco, Tixier, Couvelaire entre autres).

Dans 3 cas, chez des épileptiques, des manifestations confusionnelles violentes sont apparues au cours de la grossesse. Dans un cas, même, la mort survint en état de mal.

Signalons enfin l'apparition, chez une alcoolique enceinte, d'une psychose polynévritique de Korsakoff. L'état général était très mauvais et la malade fut emportée deux mois après l'accouchement par une dysenterie bacillaire.

***

A cette première série de faits s'oppose une seconde série : les cas où le trouble mental ne constitue qu'une manifestation accessoire, un épiphénomène dans le tableau clinique d'une grave complication obstétricale (éclampsie, péritonite, septicémie). Ces observations ne sont pas très nombreuses parmi celles que nous rapportons : 4 cas de péritonite (dont un après avortement) et 8 cas de septicémie. Le tableau était celui du classique « délire aigu des fièvres » avec obnulation profonde, paroxysmes de grande agitation confusionnelle, subcoma.

Une confusion postéclamptique, qui éclata quatre jours après l'accouchement, guérit rapidement et complètement dans le mois qui suivit.

Le petit nombre de ces cas tient sans doute au mode d'établissement de cette statistique plutôt qu'à la véritable fréquence des faits. Le trouble psychique passe ici au second plan, le pronostic vital est gravement compromis et l'évolution aiguë des accidents fait qu'une solution intervient rapidement, dans un sens ou dans l'autre. La nécessité du placement s'impose donc rarement au médecin traitant, d'où le nombre relativement faible des observations recueillies dans la pratique hospitalière.

***

En résumé, nous venons d'écarter rapidement deux classes de psychoses puerpérales : celles où la puerpéralité ne joue qu'un rôle effacé, et celles où le trouble mental n'est qu'un élément secondaire du tableau clinique. Les premières sont presque purement psychiatriques, les autres presque purement obstétricales.

Il reste maintenant à envisager la masse principale des observations, au nombre de 82. Ici, tous les faits présentent un air de famille : après un accouchement plus ou moins normal, apparaît une psychose qui entrave le comportement de façon importante et durable, au point qu'on est amené à se demander si l'évolution ne va pas se faire vers l'incurabilité. On peut, en somme, dire que ces cas sont psychiatriques et obstétricaux à parties égales.

On peut en dissocier artificiellement le tableau clinique en trois formes (confusionnelle, maniaque, mélancolique) qui, dans la réalité, se mélangent en des aspects mixtes. On aurait pu s'attendre à ce que chaque forme clinique répondît à des conditions étiologiques différentes. Il n'en est rien, et on peut donner de ces psy-

(1) On peut remarquer à ce propos que la grossesse est souvent très bien tolérée par les paralyques générales : en même temps que les observations de ce travail, ont été suivis à la Clinique 5 cas de grossesse au cours de la paralysie générale avec une évolution normale, sans aucun trouble mental surajouté.

choses puerpérales (nous serions tentés de dire : de la psychose puerpérale) la description d'ensemble qui suit.

***

Dans la détermination de ces troubles, deux éléments paraissent n'avoir que peu d'importance : la primiparité et l'âge de la malade. *La première grossesse n'est ni plus ni moins propice que les suivantes à l'apparition des troubles mentaux.* Les âges se répartissent de 18 à 49 ans, de manière sensiblement proportionnelle à l'activité procréatrice des différentes époques.

En revanche, il est intéressant de considérer la date d'apparition de la psychose. 16 cas débutèrent au cours de la grossesse (psychoses gravidiques), 14 au moment de l'accouchement, et 46 dans les jours qui suivirent l'accouchement (psychoses post-puerpérales). 6 seulement débutèrent dans les mois qui suivirent l'accouchement : dans 3 cas seulement l'allaitement maternel avait été pratiqué, et dans 3 cas il y avait des lésions rénales préexistantes. Ces cas tardifs sont en somme peu nombreux ; on peut presque les négliger, d'autant plus que si le trouble mental apparaît plusieurs semaines après l'accouchement, il devient assez difficile de préciser s'il est lié ou non à la puerpéralité.

On peut donc dire que *les trois quarts des psychoses apparaissent à l'occasion de l'accouchement, les autres apparaissant au cours de la grossesse.* Ces derniers se répartissent assez également entre les neuf mois, la seconde moitié paraissant cependant un peu plus exposée à l'apparition des troubles mentaux.

***

Ces conditions d'apparition étant fixées, deux facteurs étiologiques sont à considérer avec attention : le terrain et l'infection.

Le rôle du terrain apparaît très important. Dans 8 ou 9 cas sur 10, on peut affirmer l'existence de facteurs de fragilité psychique antérieurs à la grossesse, par l'étude des antécédents héréditaires (syphilis des parents, éthylisme des parents, suicides survenus dans la famille, atrophie optique familiale, aliénations mentales diverses, arriération intellectuelle des collatéraux, polyléthalité des collatéraux, etc.) ou personnels (stigmates d'hérédosyphilis, débilité mentale, constitutions morbide, dépressive, hypocondriaque, cyclothymique, paranoïaque ; lourds stigmates physiques de dégénérescence, rachitisme, arriération ou dégénérescence chez les enfants nés antérieurement, etc.). On note aussi fréquemment des tares organiques antérieures (néphrite chronique, hypothyroïdie, dysménorrhée, convulsions infantiles, acromégalie, Basedow, syphilis, tuberculose, anémie, cardiopathies mal compensées, etc.). Remarquons que les renseignements sur les antécédents sont souvent très incomplets : les estimations qui précèdent pèchent donc par défaut plutôt que par excès.

Le rôle du terrain apparaît de façon saisissante dans trois observations où des grossesses successives amenèrent identiquement la récidive des troubles mentaux.

***

Nombre d'observations mettent en évidence la fréquence de l'infection. Dans un quart des cas (les grandes infections, septicémie, péritonite, ayant déjà été écartées) on relève une infection plus ou moins virulente : métrite (gonococcique ou non), suites de couches fébriles, lochies fétides, salpingite, abcès du sein, lymphangite du sein, bartholinite, phlébite, blennorragie, colibacillurie, cystite, etc.

A ce sujet, il faut souligner que *toutes les observations examinées pour ce travail ont trait à des femmes dont la grossesse ne fut pas suivie médicalement.* En particulier, aucune de ces malades n'est venue du service de clinique obstétricale où l'on n'observe pratiquement jamais de psychoses puerpérales qu'*a priori* on pourrait penser nombreuses dans le Nord vu l'abondance de la documentation recueillie à la clinique psychiatrique. Il y a là une indication formelle de la possibilité d'une prophylaxie efficace.

***

Pour la description symptomatique, il faut dégager trois formes de psychose puerpérale : la confusionnelle, la maniaque et la dépressive. Mais il reste bien entendu que ces dénominations désignent des cas schématiques. Dans la réalité, on observe le plus souvent des tableaux mixtes, très fréquemment par exemple le mélange de dépression et de confusion. Il est banal aussi de voir deux formes se succéder dans le temps : telle psychose commence comme une confusion et se termine comme une manie.

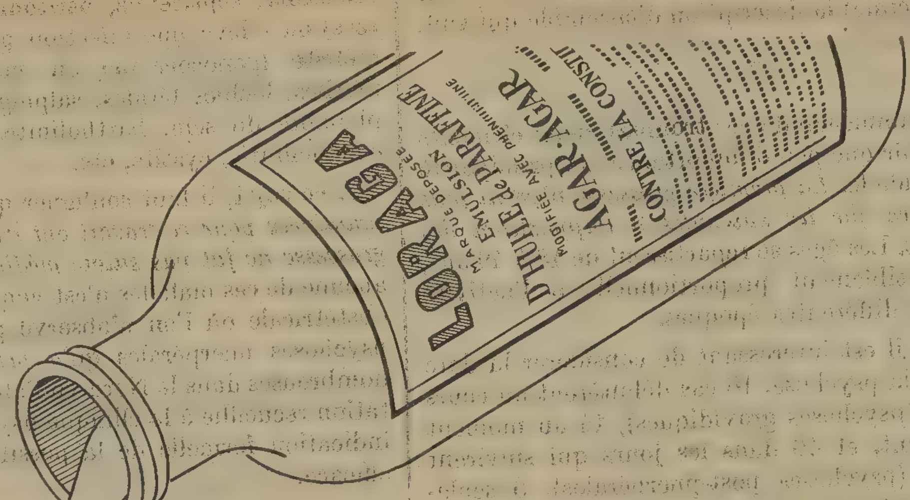
Il est donc impossible d'établir une statistique de la fréquence relative des formes. Il semble que les symptômes dépressifs soient particulièrement fréquents ; puis, viendraient les symptômes confusionnels, et enfin les symptômes maniaques. Mais ce n'est là qu'une impression.

***

La *forme confusionnelle* a généralement un début brutal. Dans les cas simples, on ne note qu'une obnubilation plus ou moins profonde, de la désorientation temporelle et spatiale, de la torpeur, de la somnolence. Dans la confusion stuporeuse, la malade est complètement inerte. Dans la forme délirante apparaissent des hallucinations visuelles, olfactives ou auditives qui peuvent prendre un caractère terrifiant et amener des réactions anxieuses ou violentes, des fugues, etc.

La *forme mélancolique* débute par une sensation de malaise général, et évolue vers le ralentissement physique et psychique, la tristesse, les gémissements, le mutisme plus ou moins complet, l'anorexie. Des préoccupations hypocondriaques peuvent apparaître. Ou encore des idées délirantes de persécution, de culpabilité, des craintes de mort, d'abandon par le mari. Ces idées peuvent entraîner une aversion momentanée pour le mari ou l'enfant. Des paroxysmes d'agitation anxieuse ne sont pas rares. Les idées de suicide sont fréquentes, aboutissant à des tentatives impulsives, accompagnées même parfois du meurtre de l'enfant.

La *forme maniaque* présente une excitation à survenue habituellement subite. On note alors de l'agitation motrice et de l'excitation intellectuelle avec troubles de l'attention, fuite des idées, illusion de fausse reconnaissance, loquacité, propos grossiers, cris, exhibitionnisme, désordre des actes, bris d'objets, etc.


LORAGA
D'HUILE de PARAFFINE
AGAR-AGAR
CONTRE LA CONSTIP

***

Les signes neurologiques n'ont rien de constant ni de caractéristique. On peut cependant parfois noter (même si la syphilis et l'encéphalite épidémique ne sont pas en cause) la diminution de la réaction irienne à la lumière ou à l'accommodation.

Au début de la psychose, on peut observer de l'oligurie et même quelquefois de la polyurie au moment de la convalescence comme dans beaucoup de psychoses toxi-infectieuses aiguës. Mais le gâtisme et l'agitation ne permettent pas, dans la plupart des cas, de suivre exactement la diurèse. Le taux d'urée atteignit 0,59 par litre dans une observation. Dans toutes les autres, il était nettement au-dessous de 0,50.

Dans deux cas, il existait de l'hyperalbuminose avec hyperleucocytose du liquide céphalo-rachidien.

En somme, l'*examen viscéral donne les résultats que l'on retrouve dans la plupart des psychoses toxi-infectieuses.*

***

L'examen obstétrical est, lui aussi, généralement peu fructueux : la grossesse, l'accouchement, les suites de couches se font normalement. L'intoxication gravidique est rare. L'albuminurie n'est notée que dans quatre observations. Sur 16 cas de psychoses gravidiques, on relève seulement un avortement et un accouchement prématuré. Sur 60 cas de psychoses post-puerpérales, on relève quatre avortements, une prématuration et trois applications de forceps. De toutes nos observations, une seule a trait à une grossesse gémellaire. Tous les enfants nés à terme ont vécu, mais beaucoup ont été perdus de vue très rapidement.

On peut donc dire que le tableau obstétrical des grossesses psychosiques est sensiblement normal.

***

Le pronostic vital paraît relativement bon. Deux cas de psychose gravidique ont abouti au décès (l'un par dysenterie, l'autre par tuberculose) et 5 cas de psychose post-puerpérale (par parotidite suppurée, infection urinaire, tuberculose, asystolie, néphrite chronique). La mortalité est donc environ d'un dixième, due à peu près également aux affections antérieures et aux infections intercurrentes.

Aussi important que le pronostic vital est le pronostic mental. *Ce qu'il faut surtout souligner à cet égard, c'est la longueur de l'évolution.* La guérison en un mois ou deux est exceptionnelle : cette éventualité ne se réalisa que six fois. Au contraire, 33 malades guérirent de trois à sept mois après le début des troubles mentaux, les observations se répartissant à peu près également entre les différents mois. Au delà s'échelonnent 10 cas, dont un ne commença à s'améliorer qu'au vingtième mois.

La guérison se fait en général lentement. Pendant longtemps, il subsiste de l'apathie, une légère indifférence, de l'instabilité de l'humeur et du caractère. Cette tendance à l'évolution favorable mais torpide est assez caractéristique des psychoses puerpérales : tel syndrome maniaque, mélancolique ou confusionnel (qui, avec toute autre étiologie, guérirait en quelques semaines) peut, *a priori*, être considéré comme devant évoluer longuement s'il est en rapport avec la puerpéralité.

Dans un cas, la psychose passa à la chronicité, sous forme de mélancolie délirante avec obnubilation confusionnelle traînante ; il est à craindre que ce cas ne soit incurable. Deux autres cas évoluèrent vers le délire chronique avec affaiblissement intellectuel rapide et peuvent être considérés comme perdus au point de vue mental. Par ailleurs, nous ignorons la destinée ultérieure des autres malades, transférées dans un asile ou retournées dans leur famille après plusieurs mois d'évolution, sans que l'amélioration se fût dessinée.

Cela peut se résumer en disant que l'évolution d'une psychose puerpérale est, dans les trois quarts des cas, longue mais favorable.

Il convient, enfin, de remarquer que, parmi les psychoses gravidiques, une seule observation constate la guérison avant l'accouchement et une seule autre la guérison contemporaine de l'accouchement. Dans tous les autres cas, l'amélioration n'apparut que bien après l'accouchement.

***

De tout ce qui précède, il résulte que la prophylaxie des psychoses puerpérales peut être d'une grande efficacité. Sans doute, on n'a qu'une action limitée sur le terrain constitutionnel, mais l'appoint infectieux dont on a vu la fréquence doit être reconnu et traité à temps. On a vu que les psychoses puerpérales proviennent principalement de milieux à éducation eugénique imparfaite, tandis que les femmes dont la grossesse s'est développée sous contrôle médical y échappent à peu près régulièrement.

Une fois la psychose apparue, le traitement est celui de toutes les psychoses toxi-infectieuses et peut être indiqué rapidement : régime lacté ou atoxique, diurétiques, sérum glucosé, sérothérapie antistreptococcique, chimiothérapie anti-infectieuse, protéinothérapie, abcès de fixation, traitement chirurgical des localisations éventuelles.

Les psychoses puerpérales posent de plus la question de l'opportunité de l'avortement thérapeutique. Il semble que, dans la grande majorité des cas, le recours à cette manœuvre ne soit pas à recommander, et cela pour plusieurs raisons.

En premier lieu, l'enfant que l'on sacrifierait naît à terme et vivant dans la plupart des cas. Nos observations renseignent mal sur sa destinée ultérieure, mais la statistique la moins favorable, celle de Sivadon, estime qu'un enfant sur trois se développe normalement. L'enfant a donc des chances de survie suffisantes pour qu'on ne le sacrifie pas sans raisons majeures.

D'autre part, il est établi que la vie et la raison de la mère sont loin d'être en danger certain dans les psychoses puerpérales. Il faut envisager, sans doute, une maladie longue et pénible, mais enfin une terminaison favorable est la règle dans les cas où l'on a laissé la grossesse se poursuivre normalement.

Enfin, il est loin d'être certain que l'interruption de la grossesse amènerait une amélioration dans l'état de la mère. L'étude chronologique du début montre que les accidents éclatent le plus souvent après l'accouche-

ment, et même très vite après l'accouchement. L'expulsion du fœtus, plus que la gestation, paraît donc avoir une action psychopathologique. D'ailleurs, dans les psychoses gravidiques, l'accouchement n'interrompt généralement pas la psychose, qui se poursuit plus ou moins longtemps dans les mois qui suivent.

Toutes ces raisons font que *les psychoses puerpérales ne sont en principe pas une indication à l'avortement thérapeutique.*

Dans certains cas, exceptionnels d'ailleurs, la psychose paraissant évoluer vers l'incurabilité, on pourra envisager l'hystérectomie comme un procédé de suppression d'un foyer infectieux possible. Dans un cas de confusion délirante évoluant depuis plusieurs mois vers la chronicité, mais avec une fièvre irrégulière atteignant parfois 38° 5 et même 39°, malgré que l'utérus fut cliniquement sain, après beaucoup d'hésitations, nous avons décidé de l'enlever. La pièce opératoire ne montrait pas trace d'infection et pourtant, dans les semaines qui suivirent, la température revint à la normale et l'état mental commença à s'améliorer. La malade est maintenant sortie de la clinique depuis près de trois ans et la guérison se maintient. Mais une observation isolée ne saurait être érigée en règle de conduite. Cela est encore plus vrai de l'ovariotomie, destinée à agir sur un facteur endocrinien non démontré.

***

Au total, ce travail n'apporte pas de résultats révolutionnaires. Il vaut surtout par l'importance de la série qu'il nous a été donné d'observer et dont nous avons cherché à présenter une statistique utilisable pour la pratique.

(Travail de la clinique psychiatrique : M. le professeur RAVIART.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 4 AVRIL 1939

Rapports. — M. RENAULT lit un rapport au nom de la Commission de l'alcoolisme. Le rapport donnera lieu à une discussion dans quinze jours.

M. TANON, au nom de la Section d'hygiène lit un rapport sur la désinsectisation des céréales. L'Académie adopte ses conclusions déclarant que la poudre siliceuse, dénommée Naake ne présente aucun inconvénient et peut être employée pour la destruction des charançons dans les stocks de blé.

Dix années de fonctionnement d'un « Centre d'études des groupes Sanguins ». — MM. DUJARRIC de la RIVIÈRE et N. KOSSOVITCH ont organisé, en 1927, un Centre d'études sur les groupes sanguins. Son but est de recueillir le matériel biologique nécessaire aux travaux sur les groupes, de préparer et d'étalonner les réactif (sérums et émulsions globulaires standard) indispensables tant pour poursuivre des recherches que pour satisfaire aux demandes de divers laboratoires de France ou de l'étranger.

Les recherches effectuées au Centre ont pour double but : de préciser les modalités de l'application de la notion de groupes sanguins en Médecine (groupes dans les divers états pathologiques, études expérimentales sur les accidents de la transfusion) en Anthropologie (étude des races) — et d'élucider certains points du mécanisme de l'agglutination des hématies par les sérums correspondants (études sur les agglutinogènes).

Le Centre a fait aussi des études sur les groupes d'organes ou de liquides organiques et les auteurs ont apporté cette notion qu'il existe des groupes de laits. Les groupes sanguins des animaux ont également fait l'objet de plusieurs recherches.

La dépopulation. — M. MARCEL MOINE. — Tandis que la population française stagne depuis 75 ans, la population d'autres pays a doublé. Il ne faut pas chercher ailleurs la cause des initiatives hitlériennes.

La solution n'est pas dans un relèvement de la nuptialité. La France n'est pas un pays de célibataires. On dit parfois qu'il y a plus de femmes célibataires en France que dans les autres pays. Les statistiques apportées par l'auteur montrent le contraire. A tous les âges, il y a moins de célibataires chez nous que dans les autres grandes nations européennes.

Ce qui est navrant au premier chef, c'est la dénatalité : sur 9 millions de foyers où les deux conjoints sont vivants, il faut déplorer plus de quatre millions qui demeurent sans postérité ou avec un enfant unique.

C'est cet égoïsme qu'il faut combattre, la sécurité individuelle comme la sécurité collective ne seront garanties que si les jeunes générations sont suffisamment nombreuses pour assurer l'une et l'autre.

Alcoolisme. — MM. PARISOT et RICHARD parlent de quelques moyens susceptibles d'assurer la réalisation des mesures proposées par l'Académie contre l'alcoolisme grandissant.

Relations entre la structure des courbes de cœfficient — tampon de sérum et la réserve alcaline. — M. WAITZ et Mlle GEX.

Analyse théorique de la structure des courbes de cœfficient — tampon de sérum. — Mlle GEX.

SOICETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1939

Le pouvoir agglutinogène du bacille fusiforme. Application de la réaction d'agglutination au diagnostic de l'infection humaine. — M. H. BROCARD décrit une technique de recherche de l'agglutination du bacille fusiforme basée sur la culture en bouillon glucosé à 15 ‰. Il a obtenu avec deux souches isolées de suppurations monomicrobiennes des immunsérums de lapins doués d'un haut pouvoir agglutinant. Il a, d'autre part, mis en évidence l'existence d'agglutines spécifiques dans le sérum de deux malades ayant eu une suppuration à bacilles fusiformes et propose la recherche de cette réaction pour le diagnostic des infections humaines à bacilles fusiformes.

Action de la diathermie hépatique sur l'élimination biliaire du rouge Congo. — On sait que, sous l'influence de la diathermie du foie, la disparition du rouge Congo du plasma est fortement accélérée. Est-elle due à l'élimination par les émonctoires ou à une fixation plus active par les cellules réticuloendothéliales ? MM. P. CARNOT, R. CACHERA et Mlle T. MELIK-OGANJANOFF ont dosé le rouge Congo dans la bile cholédocienne chez des témoins et chez des lapins

soumis à la diathermie. La quantité de bile est nettement accrue par la d'Arsonvalisation hépatique. Mais la concentration du rouge Congo biliaire varie inversement à l'augmentation du volume de la bile, de sorte que la quantité de colorant éliminé demeure constante.

L'élimination biliaire ne semble donc pas pouvoir être retenue pour expliquer les effets de la diathermie hépatique sur le coefficient de rétention du rouge Congo dans le plasma.

On est ainsi conduit à admettre la probabilité d'une action stimulante exercée par la diathermie sur la chromopexie réticuloendothéliale dans le foie.

Gale déplumante déterminée par microlichus avus Tr. chez un serin. — MM. Henry et Guilhon. L'acarien *Microlichus avus*, probablement transmis par des Diptères hippoboscidés, est capable de produire une *gale déplumante* chez les oiseaux.

XXXVe SESSION D'ASSISES DE L'ASSEMBLÉE FRANÇAISE DE MÉDECINE GÉNÉRALE (Mars 1939)

La Méningite cérébro-spinale à Méningocoques

Synthèse des conclusions des Assises départementales

par M. le Docteur Henri Godlewski.

Sauf quelques accentuations périodiques de peu d'ampleur depuis vingt ans, la Méningite cérébro-spinale à Méningocoques a perdu l'importance qu'elle avait encore pendant la guerre. Ses épidémies ne sont plus observées qu'en foyers très espacés, restreints, minimes en général. La maladie semble devenue sporadique et toutes les conclusions départementales — sans exception — mentionnent la rareté de l'affection. Au début du siècle, au contraire, celle-ci préoccupait par sa fréquence, la gravité de son extension particulièrement redoutable dans les collectivités.

Nous traversons donc une longue période de silence épidémique, succédant à une longue période d'activité du germe : il y a lieu de se méfier toujours d'un retour offensif.

La vigilance contre le Méningocoque n'a pas cessé dans l'Armée et dans la Marine, où la recherche méthodique des porteurs de germes et leur isolement sont des règles toujours appliquées. Il ne peut en être de même aussi bien dans les collectivités civiles. Les conditions de contagion atténuée, partout constatée, n'impliquent pas actuellement l'urgence des mesures administratives nouvelles. La Méningocoque, malgré sa rareté, n'a pas disparu de l'attention médicale ; c'est à la possibilité de ce germe que songe toujours le médecin lorsqu'il fait une ponction lombaire ; jusque dans les campagnes les plus reculées, celle-ci est devenue pour lui un acte réflexe, dès qu'il a la moindre suspicion d'un syndrome méningé.

Le médecin signale partout sa fidélité à la sérothérapie. Fort d'une longue expérience, qui lui a permis de suivre l'évolution de la Méningococcie, il évoque d'abord — dans toutes les provinces avec admiration et gratitude — les services du sérum de Dopter (sérum spécifique et sérum polyvalent). Puis, il constate que, parallèlement à la transformation épidémique coïncidant avec les transformations biologiques du germe — jusqu'à mutation des races méningococciques relatées in vitro — le sérum ne suffit pas toujours à faire face à une spécifité variée et même instable.

Aussi. la thérapeutique s'étant enrichie des progrès de la chimie synthétique, l'usage des sulfamides commence à se répandre. Des résultats heureux ont été apportés à ces Assises. Des réserves sont aussi faites. L'expérience clinique se poursuit, favorable.

Dans l'état actuel, la pratique courante la plus répandue pour traiter une Méningite cérébro-spinale à Méningocoques est l'usage de la sérothérapie — avec constance surtout lorsqu'elle peut être précoce — ; mais, il y a tendance marquée à lui associer la Chimiothérapie, avec contrôle attentif de la posologie et surveillance des effets cliniques.

Les prochaines Assises seront consacrées au Traitement des « Varices et de leurs complications ». Les Assises Nationales auront lieu le Dimanche 7 Mai, de 9 heures à midi, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

LES OREILLONS DANS LA DEUXIÈME ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

Généralement bénins chez le jeune enfant, les oreillons sont d'un pronostic plus sérieux chez l'adolescent ; l'orchite constitue alors un réel danger, qui doit faire mettre en œuvre une thérapeutique énergique.

Beaucoup d'auteurs préconisent cependant l'abstention, se contentant des classiques mesures d'hygiène. Cette attitude ne se justifie plus, maintenant qu'il existe un médicament électif de l'infection ourlienne : le rhodanate de potassium.

Les observations cliniques recueillies depuis plus de trois ans, sont toutes concordantes : rhocya, rhodanate de potassium pur, administré dès le début des oreillons, diminue la tuméfaction parotidienne, abrège la durée de la maladie et prévient l'orchite.

Peut-être doit-il ce pouvoir à son action anti-infectieuse et à son élimination parotidienne. Il a, en outre, l'avantage d'une absence complète de toxicité.

A l'heure actuelle, on peut donc dire que rhocya doit être systématiquement prescrit dès le début des oreillons, surtout chez les grands enfants et les adolescents, chez lesquels l'abstention thérapeutique serait véritablement coupable.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LES FICHES DE PRATIQUE MÉDICALE (FICHIER DESFOUR)

17, Rue Ecole-de-Droit, Montpellier

Nous recevons régulièrement les envois trimestriels de cet ouvrage. Réalisation moderne et très pratique à consulter, ce véritable livre permanent de la pratique médicale nous paraît devoir tenter de nombreux praticiens. Toujours plus riche par ses fiches de complément et toujours tenue à jour par ses fiches de remplacement, cette collection se prête, grâce à sa présentation sur fiches, à des ventes fractionnées : Thérapeutiques, Maladies infectieuses, Tuberculose, Obstétrique, etc... Il nous est agréable d'attirer sur elle l'attention de nos lecteurs.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DE L'ÉPAULE (1)

2° Néanmoins, *la suppuration* demeure une éventualité évolutive fréquente. Les abcès apparaîtront surtout chez les malades non traités ou trop tardivement immobilisés.

Des signes cliniques précurseurs y feront penser, à savoir :

du point de vue général :

fébricule vespérale de date récente en dehors de toute autre localisation tuberculeuse;

amaigrissement, anorexie...

du point de vue local :

douleurs chez un malade correctement plâtré ou chez un malade non traité qui souffre plus violemment.

L'examen physique apporte le plus souvent la preuve de l'abcès à son début : intensité de la chaleur locale, empâtement précurseur au niveau des régions où va se collecter l'abcès (dépression sous-acromiale, sillon delto-pectoral, creux sus et sous-claviculaires, creux axillaire, fosse rétro-scapulaire...).

La palpation bi-manuelle ne peut encore donner de renseignements précis. Mais, huit à quinze jours plus tard, les douleurs se calment, bon signe de collection, et l'abcès parti des prolongements synoviaux tend à s'extérioriser.

— Tantôt il s'épanouit sous le tendon du sous-scapulaire et donne lieu à un abcès de la fosse sous-scapulaire.

— Tantôt le pus accompagne le tendon du long biceps et vient faire saillie à la face antérieure du bras.

— Fréquemment, un abcès se fait jour sous l'acromion à la partie supéro-externe du deltoïde.

— Parfois, les abcès se collectent dans les fosses sus et sous-épineuses.

Dans l'ensemble, les plus fréquents sont les abcès antérieurs. Dès lors que les abcès sont collectés, la scapulalgie revêt l'aspect classique des autres *tumeurs blanches*.

« Epaule globulaire sans reliefs, ni méplats.

« Peau lisse, luisante, circulation veineuse apparente. La palpation donne une sensation d'œdème chaud, sensible, indolore. »

Les abcès migrateurs sont facilement perçus avec leurs fluctuations. La fistule est le gros danger à éviter. Moyennant une immobilisation complète, et des ponctions répétées, certains abcès parviennent à se tarir.

Chez beaucoup de malades, cependant, les collections fistulisent. Tant que les fistules restent aseptiques, la guérison est possible sans plus d'ennuis qu'avec un abcès. L'immobilisation doit être prolongée trois mois après la fermeture de la fistule.

Mais, bien souvent, les fistules, nombreuses, criblant les téguments de l'épaule, se surinfectent et les malades risquent de succomber dans l'hecticité ou la dégénérescence amyloïde. Seule une résection d'urgence peut les sauver. A cette *période avancée*, la *radio* montre des dégâts importants :

Flou articulaire;

Tête plus ou moins rongée;

Périostose diffuse au niveau du bord axillaire de l'omoplate, et du 1/3 supérieur de cet os.

La guérison spontanée de l'ostéo-arthrite compliquée d'abcès et de fistule est rare. C'est dans ces cas menacés de complications graves qu'on devra pratiquer la resection.

(1) Suite. — Voir *Gaz. Hôp.*, 1939, n° 25, page 434 et n° 27, page 466.

FORMES CLINIQUES

Telle est, dans son ensemble, l'évolution clinique de la scapulalgie dans sa forme caséo-fongueuse, chez l'adulte ou chez l'adolescent.

Les symptômes, l'âge, l'évolution peuvent modifier sensiblement ce tableau clinique.

Il est des *formes douloureuses* qui conduisent à l'ankylose sans suppuration;

— des *formes bilatérales* souvent sèches, et de grave pronostic;

— des formes où la lésion scapulo-humérale fait partie d'une polyarthrite chronique d'emblée.

Du point de vue évolutif, les *formes aiguës* sont rares, aboutissant rapidement à la tumeur blanche et à la fistulisation. Leur pronostic est souvent mortel.

L'âge imprime certains caractères particuliers à la tuberculose de l'épaule.

Chez le vieillard.

La carie sèche est le type habituellement rencontré. Le début en est insidieux. Seule une raideur progressive indique que l'article est touché et le diagnostic précoce est difficile.

Au bout de plusieurs mois, le diagnostic se précise. L'épaule est déformée, douloureuse, enraidie. Le deltoïde est aminci à l'extrême, les fosses sus et sous-épineuses sont excavées.

Au début, de gros craquements accompagnent toute tentative de rotation. Plus tard, aucun mouvement ne se passe dans la scapulo-humérale. Les douleurs sont très vives, obligent parfois à la résection.

L'état général se maintient longtemps, mais les douleurs finissent par empêcher tout sommeil.

La radio montre une usure inégale de la tête, qui semble vermoulue. Le pronostic reste assez favorable, mais l'évolution est longue.

La forme caséo-fongueuse comporterait chez le vieillard de bien plus gros dangers.

La scapulalgie de l'enfant n'est pas rare.

Deux types cliniques s'observent avant quinze ans :

1° *L'ostéo-arthrite sèche*, souvent peu douloureuse, et que traduit surtout l'atrophie des muscles de l'épaule. La radiographie au début révèle une hypertrophie du noyau capital, une soudure prématurée des points d'ossification tubérositaires, plus tard une géode centrale ou externe.

Ici, les abcès sont rares. La durée de ces formes sèches est courte, un an, 18 mois, puis les mouvements reprennent peu à peu leur amplitude, l'adbduction étant le dernier mouvement récupéré.

2° *Les formes subaiguës* s'accompagnent souvent d'abcès, mais une ou deux ponctions suffisent d'ordinaire à les assécher.

— De même, les fistules guérissent vite, tant qu'elles sont aseptiques. Dans le cas contraire, des lésions d'ostéomyélite secondaire apparaissent, qui prolongent de beaucoup l'évolution de la maladie. La lésion du cartilage fertile peut entraîner un raccourcissement notable, mais peu gênant du point de vue fonctionnel.

Ainsi, dans l'ensemble, la scapulalgie chez l'enfant n'est pas d'un pronostic très grave.

(A suivre). J. REIGNIER.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 30. — SAMEDI 15 AVRIL 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Le traitement du cancer de la verge, par M. Guy PENAUD.

TRAVAUX ORIGINAUX.
Quelques précisions nouvelles sur l'emploi des protamines-zinc-insulines, par M. Charles DARNAUD.

VARIÉTÉS.
Au bord de l'étang, par M. L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie de Toulouse.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
L'orientation scolaire jugée par les professeurs de lycée, par M. Maurice MORDAGNE.

PRATIQUE MÉDICALE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INFORMATIONS

Les étudiants et la proposition de loi Portmann. — L'association générale des étudiants d'Algérie vient de voter un vœu destiné à être soumis au congrès de l'Union Nationale des étudiants de France qui tient ses assises à Versailles.

Ce vœu, s'associant aux conclusions de notre confrère M. Mordagne (*Gaz Hôp.*, 8 mars 1939) demande que la seule barrière efficace, le baccalauréat, soit renforcée. Il s'élève contre les équivalences et demande une répression sévère de l'exercice illégal.

Les transformations de Vichy. — Chaque année, le corps médical est informé des améliorations et des aménagements nouveaux apportés par la Compagnie Fermière de Vichy à ses organisations thermales.

1939 consacre par des aménagements nouveaux le succès des illutations et des cataplasmes de boue, dont les services ont encore été étendus et améliorés au point de vue confort et aération. Les bains de vapeur ont également subi des modifications du même ordre.

Au milieu du Hall de l'Etablissement Thermal de 1re classe, jaillit maintenant la Source Boussange, qui alimente les bains et dont les eaux, jusqu'ici captives, s'épanouissent maintenant en gerbes irrisées, au milieu d'une claire vasque de verrerie. C'est dans ce même établissement que les services d'Enteroclyse ont été perfectionnés par l'adjonction de deux méthodes nouvelles de lavages intestinaux, l'Aspiroclyse et l'Enteroclyse, ou bain intestinal subhydrique. Ces trois procédés, réalisent des indications thérapeutiques propres à chacun d'eux et leur application est un adjuvant utile de la cure de Vichy.

La clientèle infantile trouve dans le Parc du Soleil des organisations de gymnastique de plein air, dans un décor gai et lumineux, où les jeux d'eau, de sable, de prairie, ajoutent au bénéfice de la cure celui des journées d'été passées dans la joie.

C'est dans le même ordre d'idées que 1939 verra l'inauguration d'une belle *piscine en plein air*, de dimensions olympiques, aux eaux surveillées et constamment renouvelées, qui complète heureusement un ensemble sportif inégalable.

Ligue française contre le rhumatisme. — Le samedi 29 avril, à 9 h. 30, se tiendra une réunion clinique de la ligue, dans le service du docteur Weissenbach, à l'hôpital Saint-Louis, 2, place du Docteur Fournier. Cette réunion sera consacrée à la présentation de cas cliniques, se rapportant aux rhumatismes chroniques et aux infections cutanées.

Pour tous renseignements, s'adresser à la ligue française contre le rhumatisme, 23, rue du Cherche-Midi.

COURS

Amphithéâtre d'Anatomie. — (M. le Docteur Jean BRAINE, directeur des travaux scientifiques). — Un cours d'opération chirurgicales (chirurgie d'urgence), en dix leçons, par MM. les Docteurs J.-C. Rudler et R. Judet, prosecteurs, commencera le lundi 15 mai 1939, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répéteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine. — (Professeur : M. Maurice Loeper). — Les professeurs Hernando, de Madrid, et Pi Suner, de Barcelone, feront une conférence à l'amphithéâtre Hayem en avril et mai 1939, le samedi à 11 heures.

Professeur Pi Suner. — Samedi 29 avril : Glycopathies et Glucidystrophies.

Professeur Hernando. — Samedi 6 mai : Le traitement des syndromes neuro-anémiques.

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. — (Professeur F. Rathery).

Mercredi 19 avril, 9 heures : Mme Hyon-Jomier, leçon de sémiologie digestive ; 10 h. 30 : M. Zoltanski, présentation de malades ; 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée ; M. Rathery, maladies du rein.

Jeudi 20 avril, 9 heures : M. de Traverse, leçon de chimie biologique ; 10 h. 30 : M. Rathery, leçon clinique : ictère chronique et cancer du pancréas.

Vendredi 21 avril, 9 heures : M. Turiaf, leçon de sémiologie cardiaque ; 10 h. 30 : M. Bachmann, présentation de malades ; 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery, maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Samedi 22 avril, 9 heures : M. Bargeton : leçon de sémiologie nerveuse.

Dimanche 23 avril, 10 h. 30 : Leçon du dimanche : M. le Dr Bordet : Traitement de la tuberculose pulmonaire à ses débuts.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 28 février. — Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Terrien, Moure. — M. GRASSET. Le cholépéritoine hydatique. — M. LORANS. Contribution à l'étude des causes de l'avortement spontané. — M. LARTIGUE. Contribution à l'étude de la cataracte dans l'oxycéphalie.

Mercredi 1er mars. — Jury : MM. Abrami, Chiray, Gosset, de Gaudart d'Allaines. — M. MENAND. Contribution à l'étude des lymphocytomes généralisés. — M. BATAIL. Hétérotopies épithéliales de la région pylonique.

Jeudi 2 mars. — Jury : MM. Gougerot, Polonovski, Tanon, Joannon. — M. FERRON. Etude sur les guérisons miraculeuses. — M. FOURNIER. Les examens hématologiques au cours de quelques maladies professionnelles. — M. COHEN. A propos d'un cas de phlébite après pneumothorax artificiel au cours de la tuberculose pulmonaire. — M. VAISSIÈRE. Des modifications d'aspect des dermatoses chez les hommes de couleur. Difficulté de diagnostic. — M. JAYLE. Etude biochimique et physiopathologique des poroxydases animales.

Samedi 4 mars. — Jury : MM. Nobecourt, Maurice Villaret, Lantuejoul, Mollaret. — M. PAYET. Dissociation antigénique des bactéries du groupe typho-paratyphique.

Erratum. — Le docteur Hugo Hecht (de Prague) nous écrit de Cheveland (Ohio) pour nous prier de faire la rectification suivante dans son article sur la Déshydratation de l'organisme dans le traitement des Dermatoses (*Gaz. Hôp.* 1939, n° 10, p. 169)

au lieu de : des affections comme le prurigo... etc.

1re col. C lire : des affections comme le pemphigus vulgaris, le pemphigus foliaceus, la dermatite herpétiforme de Dühring, l'herpès-zoster, etc...

NÉCROLOGIE

— Le docteur Peytard, maire et conseiller général, à Corps (Isère).

— Le docteur Maurice Venot, ancien interne des hôpitaux de Paris, à St-Germain-en-Laye.

— Le docteur Edouard Pichat, conseiller général de la Vendée.

— Le docteur Flavien Michaux (à Paris) père des docteurs Jean, Madeleine et Léon Michaux.

— Le docteur Pol Reynes à Nice.

— Le docteur Quantin, à Toussieu (Isère).

— Le docteur Jules Vergne, conseiller général de l'Aveyron, maire de Camarès.

RENSEIGNEMENTS

Le siège social et tous les services de l'*Information universitaire et de l'annuaire général de l'université et de l'enseignement français* sont transférés 52, avenue Duquesne, Paris 7e (Tél. : Suffren 38-58).

Veuf, 42 ans, Bne instr. Permis Cre. Réf. 1er ordre, ch. Empl. ds clin. Hôp. et pour conduire, aider aux soins, comptabilité. Ecrire : Marcel Brunet, 14 rue de la Gare. Forges-les-Eaux (S.-Inf.).

REVUE GENERALE

LE TRAITEMENT DU CANCER DE LA VERGE

Par M. GUY PENAUD,

Ancien interne des hôpitaux,
Ancien prosecteur et chef de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le cancer de la verge est un épithélioma qui naît sur la peau de la face externe du prépuce ou du fourreau de la verge ou sur la muqueuse du gland du sillon balano-préputial ou de la face interne du prépuce. C'est donc presque toujours un épithélioma pavimenteux malpighien et, suivant le cas, du type spino-cellulaire, baso-cellulaire ou mixte. On trouve, en effet, très rarement des tumeurs malignes à type nœvo-carcinome et lymphosarcome.

Tout cancer de la verge est un cancer infecté, comme le prouve la suppuration qui l'accompagne. Cette suppuration est un facteur dont il faut tenir compte dans les indications thérapeutiques.

De même que tous les épithéliomas malpighiens, le cancer de la verge a peu de tendance à la généralisation ; c'est pour cela que l'on peut dire, avec Laran, que c'est un bon cancer, car sa tendance à l'extension locale, à l'envahissement lymphatique, aux récidives après exérèse, en font un cancer redoutable.

Pendant longtemps, ce traitement n'a pu être que chirurgical ; après quelques tentatives de radiothérapie inefficaces, on a essayé la curiethérapie, qui l'a complètement modifié, en donnant de bons résultats éloignés, tout en évitant une mutilation importante. Actuellement, les avis sont partagés entre la chirurgie et la physiothérapie seules ou associées.

I. — MOYENS THERAPEUTIQUES

A) LA CHIRURGIE. — C'est le traitement classique employé jusqu'à ces dernières années. Chirurgical, précoce et radical, voilà ce que doit être le traitement du cancer de la verge, a dit Legueu.

L'amputation partielle se fait à hauteur variable, suivant l'étendue du néoplasme.

Une circoncision élargie suffit souvent dans les très rares cas de cancer limité au prépuce.

Lorsque la tumeur est localisée au gland, plus étendue en surface qu'en profondeur, Morestin a proposé et pratiqué la décortication du gland ; il excise toute la partie malade et la recouvre ensuite avec la peau du prépuce qui est avancée jusqu'à couvrir la surface cruentée. L'amputation de la verge à la partie moyenne a actuellement une technique bien réglée.

L'amputation totale est faite à la racine de la verge et suivie d'une urétrostomie périnéale.

L'émasculation totale est l'extirpation en masse des organes génitaux externes (verge et testicules) y compris le scrotum et les corps caverneux, par le procédé classique de Chalot. Une large discussion au Congrès français d'Urologie de 1934 a montré que les urologistes préfèrent l'opération en deux temps : la lésion d'abord, les ganglions ensuite.

B) LA CURIETHÉRAPIE se fait par introduction d'aiguilles ou par des appareils moulés. Tout cancer de la verge doit être soigneusement désinfecté avant l'irradiation.

Le radium puncture consiste à enfoncer les aiguilles de 1 à 2 milligr. de radium à la base de la tumeur ou à travers l'infiltration néoplasique, suivant son étendue. Les aiguilles sont introduites parallèlement les unes aux autres à une distance de 1 cm. à 1 cm. 5. On les laisse en place de 4 à 8 jours, suivant le volume de la tumeur, le nombre d'aiguilles et leur teneur en milligrammes de radium-élément.

Les appareils moulés sont employés pour traiter une lésion de grande surface, très infectée, ayant envahi le fourreau de la verge. Les professeurs Réchou et Wangermez ont montré l'avantage des appareils cylindriques sur les appareils hémi-circonférentiels en employant des appareils en pâte Colombia d'une épaisseur de 1 cm. 5, si le rayon du tube a 4 cm. de longeur. Actuellement, l'appareillage moulé externe a à peu près remplacé la radium-puncture, qui n'est réservée qu'à des cas de plus en plus restreints. Les aiguilles, en effet, donnent souvent lieu à un rayonnement secondaire qui pourra provoquer des zones de nécrose et par la suite de sclérose plus ou moins importantes.

Enfin, avec les aiguilles, il est difficile d'obtenir une bonne égalité de rayonnement dans toutes les parties de la tumeur, la perte d'électricité surviendra facilement, d'où la destruction de tissu conjonctif si utile. Avec l'appareil moulé, on peut employer des doses faibles, bien filtrées, et les appliquer pendant un temps relativement long.

II. — RESULTATS

A) LA CHIRURGIE. — A l'hôpital de Tondu, sur les douze malades traités depuis 10 ans dans le service de clinique de notre maître le Professeur Duvergey, nous trouvons :

5 guérisons certaines (8 ans, 7 ans, 7 ans 1/2, 6 ans et 3 ans);

1 mort de récidive;

3 morts de suites opératoires;

2 malades ayant disparu, introuvables;

1 opéré il y a un an qui présente une métastase ganglionnaire et refuse tout soin.

On peut donc dire qu'il y a environ 45 % de guérisons durables.

Legueu (rapport au Congrès de Bruxelles, 1908) trouve 3 malades guéris sur 10 opérés.

Culty, dans sa thèse (Lyon 1908), après étude de 104 cas, conclut que les récidives sont plus fréquentes après l'amputation partielle qu'après l'amputation totale et aussi avec cette dernière qu'avec l'émasculation, bien que les sujets chez lesquels on pratique l'émasculation soient porteurs de lésions plus avancées.

Dollinguer-Barney, sur 100 cas, compte 33 % de guérisons de plus de 5 ans.

Shields mentionne des survies de 8 à 10 ans sans récidives;

Steiner, de plus de 3 ans, Yaoub, de 12 ans, de 9 ans et 29 ans.

Tous ces faits montrent que le cancer de la verge est incontestablement moins grave que les autres localisations de l'appareil urinaire; ils établissent que pour bien des cas, l'amputation de la verge et l'ablation des ganglions sont suffisantes. Dans l'émasculation, l'étendue de l'exérèse permet d'observer des résultats éloignés plus favorables, mais la mortalité opératoire est plus grande.

Lavau, pourtant (*Journal de Chirurgie*, mars 1933), a opéré 45 malades et en 3 ans, n'a eu connaissance que de 3 morts ; aussi est-il un partisan de la chirurgie seule. Il considère comme très important d'enlever l'organe cancéreux avec tout son territoire lymphatique de premier relais, sans aucun morcellement, et en donne une technique bien réglée.

Lenormant, en 1934, a employé le traitement chirurgical et a obtenu des guérisons durables.

B) La curiethérapie. — Gandouet (Thèse, Bordeaux 1937), sur 5 observations recueillies à la Fondation Bergonié de Bordeaux (Professeur Rechou), trouve 2 morts et 3 guérisons datant de plus de 2 ans.

Schreimer et Kress (*Journal de Biologie de Buffalo*, 1922), sur 18 cas traités par rayons X non filtrés, suivis d'ablation chirurgicale, trouvent des guérisons de 2, 3 et 4 années.

A.-L. Dean rapporte 61 cas traités par le radium et les rayons X qui se répartissent ainsi : 33, soit plus de 50 %, sont encore en vie, 5 ans et plus après le traitement ; 15, soit 25 %, sont morts de récidive, 13 ont été perdus de vue. D'après lui, on pourrait compter sur 50 % de guérisons après 5 ans.

Ferrari et Viallet citent au Congrès de Constantine de 1927, 2 guérisons de 4 et 5 ans. Eysette-Aucaigne (Thèse, Alger 1927, n° 9) préconise, en citant ces deux observations, le traitement curiéthérapique.

Leroy des Barres, en 1927, rapporte 10 cas traités en Indochine avec 10 résultats favorables.

Fruchaud, à propos d'un bon résultat, 4 ans après la curiethérapie, cite de nombreux cas de guérisons maintenues plus de 5 ans.

Pour P. Degrais, il y aurait 25 % de guérisons par cette méthode; s'il n'y en a pas plus, c'est que les malades viennent trop tard.

Ponthieu rapporte dans sa thèse (1927, n° 2) la statistique des malades traités par curiethérapie au Centre anti-cancéreux de Marseille, de 1928 à 1936. Sur 13 malades, 9 sont morts, soit 70 %, 3 sont perdus de vue, un seul est resté guéri après 4 ans 1/2. Malgré tout, il pense que le radium paraît donner des résultats au moins comparables à ceux du bistouri, et en tout cas acquis sans mutilation. Il est donc bien accepté par les malades. Aussi, c'est au radium que vont ses préférences, surtout dans les cas récents.

III. — LES ADENOPATHIES

La propagation lymphatique du cancer de la verge se fait vers les ganglions inguinaux superficiels et profonds ; elle se fait par embolie cancéreuse, comme dans les cancers de la bouche et de la langue, et non pas par l'envahissement progressif de ces canaux bourrés de cellules cancéreuses, comme dans les cancers du sein. Il se forme donc deux foyers néoplasiques distincts et l'expérience montre que dans la majorité des cas, on peut les enlever séparément et obtenir des résultats durables.

Les adénopathies sont fréquentes, mais l'examen histologique des gangions extirpés permet de préciser que dans la moitié des cas il ne s'agit que de ganglions inflammatoires. Toutefois, la statistique la plus importante, celle de Leroy des Barres, nous apprend que sur 74 curages ganglionnaires bilatéraux, 38 fois (51 % des cas) les ganglions inguinaux étaient atteints et 22 fois (30 %) que cette atteinte était bilatérale.

Si les ganglions paraissent rarement atteints dans les premières périodes de l'évolution néoplasique, ils sont de plus en plus touchés à mesure que le cancer est de date plus ancienne, aussi Leroy des Barres considère-t-il les métastases ganglionnaires comme très fréquentes et relativement précoces, contrairement à l'opinion générale.

Les adénopathies pelviennes, soit par extension des adénopathies inguinales, soit par embolies des lymphatiques de la muqueuse de l'urètre, surviennent plus exceptionnellement et à une époque assez avancée de la maladie.

IV. — INDICATIONS

Traitement de la lésion initiale. — Il dépend essentiellement de la localisation du cancer et de son extension ainsi que de l'âge du malade.

En outre, la curiethérapie ayant l'avantage de conserver l'organe, et dont l'effet moral est moins désastreux que celui de la chirurgie, est à rechercher surtout chez les malades jeunes et résistants, car c'est une méthode douloureuse.

1° Dans le cas d'une lésion dépistée au début (plaque de leucoplasie suspecte, petites végétations que la biopsie a montrées cancéreuses) l'extirpation limitée de la lésion au bistouri électrique suivie ou non de circoncision nous paraît, comme à Fruchaud (d'Angers) l'opération de choix. Il serait disproportionné de faire dans ces cas une large irradiation et même une amputation de la verge. Ces malades doivent être ensuite suivis régulièrement pour pouvoir reconnaître tout de suite une récidive possible.

2° Dans le cas d'un cancer de la verge qui occupe tout ou partie du gland, ou qui a dépassé le sillon balano-préputial jusqu'à la partie moyenne de la verge, la curiethérapie est tout à fait indiquée, en particulier lorsque le malade est un adulte jeune et que le cancer n'est pas trop végétant.

Il vaut mieux mettre le radium tout autour du cylindre, suivant la technique du professeur Wangermez, pour avoir une irradiation homogène au centre de la surface de la tumeur. Ce traitement permet de conserver l'organe sensiblement intact et donne d'excellents résultats éloignés.

Par contre, il sera baucoup plus difficile à appliquer et partant moins efficace, lorsqu'on a affaire à un cancer extrêmement végétant. Les partisans de la curiethérapie conseillent d'abattre les végétations exubérantes avec le couteau diatermique ou le bistouri électrique, procédé qui a l'avantage de désinfecter les lésions en supprimant les clapiers septiques, de

diminuer le volume et de régulariser les contours de la tumeur, donc de faciliter l'irradiation.

Nous pensons que, dans ce cas, la curiethérapie présente moins d'avantage que l'amputation de la verge au-dessous des lésions qui, plus rapide, plus propre, moins choquante, doit être préférée, en particulier si le cancer est très infecté et le malade âgé.

3° Lorsque la verge est entièrement détruite mais permet l'amputation au ras du pubis, le traitement chirurgical est formellement indiqué; il faut toutefois ménager la longueur d'urètre nécessaire à un abouchement convenable à la région périnéale. Dans ce cas la curiethérapie peut devenir dangereuse à cause de l'infection, de la possibilité de radio-nécrose des os du pubis et de la difficluté d'obtenir une irradiation correct.

4° Enfin dans les cancers très avancés avec verge entièrement détruite jusqu'au pubis, lorsque l'ulcération envahit la peau et la région pubienne ou celle des bourses, l'indication opératoire est l'émasculation totale, bien qu'il n'y ait aucun danger de propagation aux testicules. L'émasculation n'a ainsi que des indications rares; elle n'est justifiée que pour rendre possible la suture cutanée. Il faut alors draîner largement, car il s'agit d'opération septique et pratiquer une urétrostomie périnéale définitive. Il vaut mieux pour diminuer le schock opérer en deux temps en reportant à une quinzaine de jours le curage ganglionnaire.

5° L'amputation de la verge est encore formellement indiquée lorsqu'on constate des récidives après une application de radium, car les applications itératives de radium donnent rarement des résultats satisfaisants; elles ne détruisent plus les cellules cancéreuses qui sont devenues résistantes; elles provoquent par contre des radio-nécroses graves.

Traitement des adénopathies. — Il ne faut s'en occuper que lorsqu'elles sont perceptibles. Lorsque le premier temps opératoire ou physiothérapique est terminé, dans les trois, quatre semaines qui suivent la cicatrisation, les adénopathies disparaissent très souvent, preuve de leur nature inflammatoire. Il faudra tout de même les surveiller régulièrement dans la suite, en même temps que la cicatrice de la tumeur enlevée.

Si les adénopathies ne rétrocèdent pas ou à plus forte raison augmentent de volume, il faut en faire l'exérèse. Les irradiations (rœngenthérapie pénétrante ou télécuriethérapie) ne semblent pas avoir donné jusqu'ici des résultats bien encourageants. Il faut préférer le curage au bistouri. L'évidement ganglionnaire du triangle de Scarpa sera fait d'une façon extrêmement soignée. Il ne faut pas se contenter d'enlever les ganglions superficiels qui sont situés en avant de l'aponévrose, mais évider avec soin la loge ganglionnaire profonde située en dedans de la veine fémorale. Un bon évidement ganglionnaire du triangle de Scarpa doit laisser à nu la chair du moyen adducteur et du pectiné en dedans, les gros vaisseaux et le couturier en dehors de l'aponévrose du grand oblique en haut. Il est important de sectionner aussi le ligament de Gimbernat pour relever l'arcade rurale de façon à enlever les ganglions les plus haut situés en dedans de la veine fémorale sans dilacérer la masse cellulo-ganglionnaire (Fruchaud).

Bien entendu, il ne faut pas attendre l'évolution des ganglions pour faire le curage après l'émasculation totale et en cas de récidive aussitôt après curiethérapie.

En résumé, on voit que nous sommes bien armés contre le cancer de la verge, grâce au deux méthodes curiethérapique et chirurgicale; on peut souvent guérir les malades qui en sont atteints, d'une façon durable, tout en maintenant l'organe intact, toutes les fois que cela sera possible.

Aussi le cancer de la verge a-t-il été souvent classé comme un bon cancer. Il pourra d'ailleurs devenir un cancer bien moins grave, le jour où les malades mieux informés, viendront consulter leur médecin dès le début de la maladie et pourront ainsi bénéficier, dans la plus large mesure, d'une thérapeutique efficace.

BIBLIOGRAPHIE

Aresse. — *Thèse*, Bordeaux, 1926.

Darget et Penaud. — *Bull. Société d'Urologie du Sud-Ouest*, avril 1938.

Dean. — Epithélioma du penis. *Journal d'Urologie*, mars 1935 et janvier 1937.

Eyssette-Aucaigne. — *Thèse*, Alger, 1937.

Ferrari et Viallet. — *Journal d'Electricité Médicale*, juin 1937.

Fruchaud. — *Gazette Médicale de France*, 15 avril 1931, supplément radiologique.

Gandouet. — *Thèse*, Bordeaux, 1937.

Lavau. — *Journal de Chirurgie*, mars 1933.

Lenormant. — *Presse médicale*, 5 mai 1934.

Leroy des Barres. — *Paris Chirurgical*, novembre, décembre 1930.

Ponthieu. — *Thèse*, Marseille, 1937.

Rechou et Wangermez. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 octobre 1929.

LIVRES NOUVEAUX

Les régimes alimentaires et la fonction rénale chez le nourrisson, par le docteur Marcelot-Siguier. Tours, Imprimerie Tourangelle, 1938.

Dans cet important et minutieux travail, inspiré par le docteur Ribadeau-Dumas, l'auteur s'est efforcé de déterminer l'influence sur le fonctionnement rénal du nourrisson, et en particulier sur le métabolisme de l'urée, des divers régimes lactés ou non auxquels on peut recourir pour réaliser l'alimentation artificielle. Il s'agit, en réalité, de bien davantage, car le premier effet d'un déséquilibre rénal un peu prolongé et devant lequel le rein finit par faiblir est le trouble de la croissance; fait depuis longtemps reconnu dans son ensemble, mais dont il est avantageux au point de vue pratique d'avoir élucidé les causes. Les effets s'étendent même plus loin, puisque la moindre résistance organique aux maladies et une lésion durable du terrain lui-même sont la rançon d'erreurs diététiques persévérantes.

La présente étude, outre la connaissance plus approfondie du mécanisme physiologique, apporte donc au médecin le moyen de prévenir, parfois à longue échéance, les désordres et de parer avec plus d'à-propos aux défauts d'une alimentation qui ne saura jamais remplacer l'alimentation naturelle.

Quelques précisions nouvelles sur l'emploi des
PROTAMINE-ZINC-INSULINES

Par M. Charles DARNAUD
ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Toulouse

Dans un article paru en juin 1938 dans ce même journal (et que nous avions écrit en collaboration avec M. le Professeur Bugnard et le Dr Marguerite Bardy) nous nous étions efforcé de préciser le mode d'utilisation de la Protamine-zinc-insuline chez les diabétiques. Les résultats que nous avons publiés à cette occassion, et sur lesquels s'appuyaient nos conclusions thérapeutiques, avaient été obtenus à l'aide d'une protamine zinc insuline de fabrication anglaise. Depuis cette époque, nous avons employé surtout des produits similaires fabriqués soit en France, soit en Amérique, soit au Danemark. L'expérience que nous avons acquise à leur usage nous conduit à modifier sur certains points de détail nos conclusions premières ; nous avons constaté en effet que l'activité des protamine-zinc-insulines des différentes marques était loin d'être uniforme. D'une façon générale, les préparations que l'on emploie ordinairement en France semblent avoir un effet plus immédiat, mais aussi moins prolongé, que celui du produit anglais que nous avions utilisé tout d'abord. Il en résulte :

1° Qu'il est prudent de ne pas injecter en une seule fois plus de 40 unités de P.Z.I. Encore cette dose ne doit-elle être atteinte que très progressivement et seulement chez des malades dont on connaît déjà très bien les réactions.

2° Que si la dose quotidienne est administrée en une seule fois, l'injection devra être faite avant le petit déjeuner (et non à 7 heures ou 9 heures du soir, heure idéale pour l'injection de la protamine-zinc-insuline d'origine anglaise).

3° Que, contrairement à ce que nous avions constaté avec le produit que nous avions utilisé en premier lieu, il est souvent possible, et même préférable, de pratiquer deux injections quotidiennes de protamine-zinc-insuline. Il en est ainsi au cours de certains diabètes graves, nécessitant l'emploi de fortes doses quotidiennes d'insuline. Nous répartissons la dose quotidienne en deux fractions égales qui sont injectées la première avant le petit déjeuner, la seconde avant le repas du soir.

4° Contrairement à ce qui a été écrit à l'étranger, nous avons constaté que l'insulino-résistance (tout au moins l'insulino-résistance relative) existe aussi bien avec la protamine-zinc-insuline qu'avec l'insuline normale. Il en est ainsi, bien souvent, chez les diabétiques atteints de complication infectieuse.

5° Nous avons constaté en outre que la protamine-zinc-insuline perd rapidement ses propriétés. En ce qui concerne tout au moins les produits qui ont été livrés jusqu'en novembre 1938, il faut considérer que trois mois après sa fabrication, l'efficacité de la protamine-zinc-insuline est inconstante. Après quatre mois, il est prudent de considérer le médicament comme périmé.

Nous continuons à affirmer, pour conclure, que la découverte de la protamine-zinc-insuline correspond à un progrès considérable dans la thérapeutique du diabète. Il est néanmoins permis de souhaiter que la fabrication de ce produit nouveau se perfectionne encore. Il faut s'efforcer d'obtenir des préparations plus stables et dont l'activité soit plus uniforme.

VARIÉTÉS

AU BORD DE L'ÉTANG

> Il voulut tout revoir, l'étang près de la source...
> Victor Hugo.
> (Tristesse d'Olympio, *Les Rayons et les Ombres.*)

Le professeur Léon Binet fait, à la Faculté, un cours très suivi. Il dirige un important service d'hôpital. Il poursuit, dans le silence du laboratoire, de ces expériences qui « sont d'autant plus nécessaires qu'on est plus avancé en connaissance » (1). Il est le secrétaire général du *Dictionnaire de Physiologie.* Il figure au nombre des meilleurs ambassadeurs de la pensée française. Et pour se distraire, il publie des ouvrages de vulgarisation dont nous avons déjà analysé les premiers et dont le dernier a pour titre : *Au bord de l'étang* (2).

Etang : « Amas d'eau rendu stagnant par la direction du terrain ou par des écluses. » (Littré.) Que voilà (avec tout le respect dû à l'immortel auteur du *Dictionnaire*) une prosaïque définition ! Combien je lui préfère les images des poètes, qu'ils nous montrent les ruisseaux,

> Et l'étang immobile où vont boire les bœufs ! (3)

qu'ils décrivent une scène pastorale :

> Sur l'étang endormi palpitent les roseaux... (4)

ou encore qu'ils évoquent quelque souvenir douloureux :

> Moi j'errais tout seul, promenant ma plaie
> Au long de l'étang... (5)

Les étangs de Mortefontaine et de Ville-d'Avray n'ont-ils point inspiré « l'un des plus grands peintres de tous les temps » (6) ?

Que de « contemplations » ne permettent-ils pas à l'observateur assis sur leurs bords ! Voici le saule, auquel s'attache à jamais le souvenir d'Ophélie, disparaissant sous les flots alors qu'elle cherchait à suspendre aux rameaux tombants ses fantastiques guirlandes (7) :

> Elle est morte en cueillant des fleurs (8)

Son écorce contient un glucoside qui, par décomposition, donne de l'acide salicylique, dont on connaît l'efficacité dans le rhumatisme, et d'autres produits qui servent à com-

(1) Descartes, *Discours de la méthode*, VIe partie.
(2) Léon Binet. *Au bord de l'étang.* Préface de Georges Duhamel. Editions Maugard, Rouen, s. d., in-8° de 99 p. (Figures, planches en couleurs).
(3) Henri de Régnier. Médaillons de peintres, *Vestigia flammæ.*
(4) Id. Vers le passé, *Premiers poèmes.*
(5) Paul Verlaine. Promenade sentimentale, *Choix de poésies*, Paris, 1908, in-18, p. 23.
(6) Paul Jamot, *Corot*, Paris, 1936, in-18, p. XXII.
(7) There is a willow grows aslant a brook,
That shows his hoar leaves in the glassy stream ;
There with fantastic garlands did she come...
(Shakespeare, *Hamlet*, acte IV, scène 7.)
(8) Victor Hugo, Fantômes, *Les Orientales.*

battre l'angoisse (Rénon). Cessons donc de célébrer « son feuillage éploré », sa « pâleur » romantique (1) ! D'autant que ses fleurs femelles « fabriquent » assez de folliculine pour que leur suc, injecté à une souris femelle, la fasse incontinent entrer en transes, tandis que, de ses fleurs mâles, on peut extraire une substance identique à l'hormone génitale mâle. Ces données, Alfred de Musset ne les avait-il pas pressenties lorsqu'il a eu l'idée de donner le nom de cet arbre à un de ses plus émouvants drames d'amour (2) ?

Dans l'étang vivent des Diatomées, dont la surface est ornée de stries du plus heureux effet décoratif; des Spirogyres, qui dissocient, sous l'effet de la lumière, le gaz carbonique provenant de la respiration des tissus vivants et dont le protoplasme « s'agite » sans fin; l'Utriculaire, dont les ampoules happent, puis digèrent les larves qui passent à leur portée; les Nitelles, dont le protoplasme devient le siège de « pulsations » sous l'influence d'excitations appropriées; le Nénuphar, dont chaque feuille constitue une « île flottante », dont la tige est creusée de canaux qui servent à une circulation gazeuse et dont la fleur, odorante le jour, perd, la nuit, tout son parfum. Singulière plante que les anciens utilisaient comme anaphrodisiaque, grâce, sans doute, à l'alcaloïde qu'elle contient (Goris) ! N'eût-il pas dû en faire un plus abondant usage, le pauvre Lélian qui, si bien, sut la chanter ?

> Le couchant dardait ses rayons suprêmes
> Et le vent berçait les nénuphars blêmes;
> Les grand nénuphars entre les roseaux
> Tristement luisaient sur les calmes eaux... (3)

Par une belle journée ensoleillée portons maintenant nos regards au-dessus de l'étang :

> L'air y devient visible; et dans ce clair milieu
> On voit tourbillonner des milliers d'étincelles,
> D'insectes colorés, d'atomes bleus et d'ailes
> Qui nagent en jetant une lueur de Dieu. (4)

Ces « insectes colorés » intéressent autant le biologiste que le médecin. Voici, pour la Creuse où notre auteur passe chaque année ses vacances, les Culex, l'Anopheles, les Libellules, dont les larves peuvent indifféremment vivre dans l'eau, grâce à leurs branchies, ou dans l'air, par une sorte de trachée; les Coléoptères, dont les Dytiques qui font un grand carnage de larves de Moustiques. Combien curieuses, ces « bestioles » dont les ganglions nerveux sont le siège d'une activité considérable et qui ont plusieurs cœurs ! Saviez-vous que leur larve injecte à sa proie d'abord un venin paralysant, puis un ferment digestif, au moyen de crochets creux qui servent enfin à aspirer les produits de cette digestion ? N'ont-ils pas droit aussi à une « citation », l'Argyronète, qui vit au fond de l'eau dans un abri qui lui sert à la fois de « studio », de « dining-room », de « living-room » et de « nursery »; la Daphnia pulex, dont les pigments ont fait l'objet de nombreuses études et chez laquelle on peut, grâce à sa transparence, observer à l'aise les pulsations cardiaques ?

Parmi les hôtes de l'étang, réservons une place aux Serpents et aux Batraciens. Si Rollinat, « le Fabre des Reptiles », n'a pas porté son attention sur les Amphisbènes, chers à H. de Régnier, il s'est beaucoup occupé tant de la Couleuvre vipérine, qui « nage parfaitement, plonge à merveille, se déplace dans l'eau avec la plus grande facilité, capturant des Poissons, des Têtards, puis venant sur la berge avaler sa proie », que de la Couleuvre à collier, qui sait se défendre des fâcheux en les aspergeant d'un liquide nauséabond tenu en réserve dans ses poches anales...

(1) Alfred de MUSSEA, Lucie, *Poésies*, 1828-1833.
(2) Alfred de MUSSET, Le saule, *Poésies diverses*.
(3) Paul VERLAINE. Promenades sentimentales. *Choix de poésies*, Paris, 1908, in-18, p. 23.
(4) LAMARTINE. *Jocelyn*, Quatrième époque.

Des Serpents, « glissons » aux Grenouilles. Longtemps, elles n'ont amusé que le fabuliste. C'est à ses indiscrétions que nous devons de savoir qu'elles avaient été mises en déroute par le Lièvre. Dès qu'elles aperçoivent « ce mélancolique animal »,

> Grenouilles aussitôt de sauter dans les ondes,
> Grenouilles de rentrer dans leurs grottes profondes. (1)

Aujourd'hui, ce sont — après Spallanzani — les savants qui se penchent sur elles. En étudiant leur foie, le professeur H. Roger a mis en évidence son action antitoxique, tandis que d'autres ont montré le rôle joué par le même organe dans la coagulation du sang (Doyon), dans la production de l'urée, dans le métabolisme des sucres, et analysé son pouvoir sécréteur, si sensible à l'action de tant de médicaments.

Après les Grenouilles, les Poissons. Voici le Brochet, dont on avait cru jadis qu'il pouvait vivre jusqu'à 267 ans, alors qu'il n'en atteint guère « que » 80, la Tanche, qui, sous l'influence des hypnotiques, s'endort plus rapidement si elle est en état d'acidose (M. Tiffeneau), la Carpe, dont les écailles sont riches en mélanophores aux dilatations et aux contractions desquelles correspondent les changements de couleur du poisson, ces modifications paraissant être d'origine hypophysaire, ce qui a permis a l'auteur d'imaginer et de mettre au point (avec Jean Verne et Mlle F. Luxembourg) une nouvelle méthode de diagnostic biologique de la grossesse. Pauvre Carpe ! On est parvenu à lui faire avouer que l'hyposulfite de sodium est le contre-poison du cyanure de potassium. Voici la Perche, dont les expérimentateurs savent calmer l'ardeur belliqueuse, le Poisson-chat, qui n'est bon à rien, si ce n'est à la recherche des réflexes conditionnels, l'Anguille, dont le sérum est doué de propriétés hémolysantes, l'Epinoche, poisson que l'on peut accoutumer aux poisons et qui pratique la division du travail, les femelles fournissant les œufs, que le mâle est ensuite chargé de féconder et de « couver ».

Les étangs sont de véritables volières où se donnent rendez-vous, non seulement les Cormorans du bon La Fontaine, mais les Cygnes, en qui « tout respire la volupté, l'enchantement que nous font éprouver la grâce et la beauté » (Buffon). Il est peu d'Oiseaux qu'aient autant chéris les artistes. N'ont-ils point tenté le pinceau d'un Corrège, le ciseau d'un Etex ? N'est-ce pas un cygne arrivé dans sa nacelle que Wagner charge d'emmener Lohengrin? Et si nous voulions citer tous les poètes et prosateurs qui l'ont célébré, un numéro entier de la *Gazette* n'y suffirait pas.

> Ad vada Meandri
> Concinit albus olor

s'écrie Ovide dans les *Héroïdes*.

Lamartine assure que

> Quand l'eau pure des lacs se mêle avec le sable,
> Le cygne remonte et s'enfuit. (2)

Beaudelaire et Stéphane Mallarmé lui consacrent, celui-là une longue poésie :

> ....
> Un cygne qui s'était évadé de sa cage,
> Et de ses pieds palmés frottant le pavé sec
> Sur le sol raboteux traînait son blanc plumage... (3)

celui-ci, un de ses plus harmonieux sonnets :

> Un cygne d'autrefois se souvient que c'est lui
> Magnifique mais qui sans espoir se délivre
> Pour n'avoir pas chanté la région où vivre
> Quand du stérile hiver a resplendi l'ennui... (4)

(1) LA FONTAINE. Le lièvre et les grenouilles, *Fables*, II, 14.
(2) LAMARTINE. A Némésis, *Recueillements poétiques*.
(3) Ch. BAUDELAIRE. Le cygne, *Les fleurs du mal*.
(4) Stéphane MALLARMÉ. Le vierge, le vivace et le bel aujourd'hui, *Poésies*.

Chateaubriand nous le peint « dormant sur une eau paisible, la tête cachée sous son aile, et son long cou allongé sur son dos comme un rouleau de soie ». Pourtant, c'est un débile mental, affligé, par surcroît, de troubles caractériels. Et les biologistes ne pourraient tirer aucun bénéfice de son étude s'ils n'avaient eu l'attention fixée sur l'arrêt respiratoire que produit, chez lui, une position particulière de la tête et du cou, et qu'explique la notion des réflexes de posture (1)

Loin derrière lui, mentionnons le Canard sauvage, auquel il suffit d'être domestiqué pour dégénérer, l'Oie, gardienne de la *Cité antique*, le Héron cendré, la Bergeronnette grise, « oiseau de Kypris » (2), la Bécassine, le Rat d'eau, la Poule d'eau, le Martin-pêcheur, dont la légende veut qu'ils descende d'Alcyone, fille d'Eole, métamorphosée en Oiseau.

Parlerons-nous des Quadrupèdes ? Pourquoi pas, puisque les biologistes ne respectent rien et qu'

..................s'ils se mettent en tête
Que tout est né pour eux : quadrupèdes et gens
Et serpents (3).

Saluons donc le Rat d'eau, la Musaraigne d'eau, qui peut plonger, grâce à un ingénieux dispositif, sans éprouver le moindre trouble vestibulaire, la Loutre, cette vicieuse qui préfère, pour se nourrir, les poissons malades... Que de leçons à recevoir de l'étang s'il est vrai, comme l'a dit H. Bergson, que « la série entière des vivants est une seule et immense vague courant sur la matière » ! Comme le professeur L. Binet excelle à nous les transmettre ! Comme notre brillant confrère Georges Duhamel a raison de lui écrire : « Ceux qui vous liront prendront dans votre livre l'amour de la vie et de l'étude. Ils auront le sentiment d'avoir accru leur bagage de notions utiles en admirant une de ces estampes délicates où les artistes d'Extrême-Orient savent si bien représenter l'eau, le ciel, les fleurs, les animaux, les clartés et les ombres. »

L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU [illegible] JANVIER 1939.

Méningite à pneumocoques. Traitement par la p-aminophénylsulfamide. Guérison. — M. DEREUX (Lille). — Cas de méningite à pneumocoque chez un enfant de 4 ans. Guérison complète en quelques jours par septoplix en ingestion (3 gr. par jour) et en injection intra-rachidienne (15 cm³ de la solution à 0,8 %). Au début, on avait pratiqué 20 cm³ de sérum antipneumococcique par voie intra-rachidienne et 40 cm³ par voie intra-musculaire, sans résultat.

Cette communication appelle une discussion très importante à laquelle prennent successivement part M. Cathala, qui pense que le produit pour usage intra-rachidien peut être nocif; M. René Martin qui, sur 4 cas de méningite à pneumocoques, ne compte que des insuccès ; M. Marquezy, qui, également, a observé un échec des dérivés sulfamidés dans un cas semblable ; M. Huber, qui a vu survenir par le traitement (1162 F et 693) une accalmie très prolongée ; M. Mollaret, qui estime que dans les méningites, les dérivés sulfamidés sont inactifs dans les septicémies à streptocoques.

(1) Cette attitude a parfaitement été observée par Henri de RÉGNIER

(2) Pierre LOUYS. Les comparaisons, *Les chansons de Bilitis*, 12.
Sur un lit où noueraient deux cygnes leurs cols tors.
Coryse. *Le miroir des heures.*

(3) LA FONTAINE. *Fables*, X, 2.

Accès catatonique toxi-infectieux à forme onirique. Guérison après un abcès du poumon. — MM. DEREUX (Lille) et BARUK (Paris).

Photographie de l'écran appliquée à la stratigraphie pulmonaire. — M. RONNEAUX.

Paraplégie spasmodique consécutive à l'ingestion de sulfate de pelletiérine. — MM. DECOURT, DEGOS et GUILLEMIN. — Homme de 34 ans atteint depuis deux mois d'une paraplégie spasmodique typique, apparue quelques jours après l'ingestion de 0 gr. 30 de sulfate de pelletiérine à titre de vermifuge. La paraplégie doit pouvoir être attribuée à l'intoxication par la pelletiérine, agent dont il convient de surveiller l'emploi répété.

Cardiopathies chroniques améliorées par l'oxygénothérapie. — MM. FLANDIN, DELILLE, LEMAIRE, MANDE et POUMEAU.

Guérison d'un lupus rebelle par l'électrocoagulation et les injections d'extrait pancréatique. — MM. PINARD, CHUCHE et RAYMONDAUD.

Forme hydrocéphalique de la neuro-fibromatose de Recklinghauser. — MM. BARBÉ et DELAY. — Malade atteinte de neuro-fibromatose périphérique et centrale, à quoi s'ajoute un sydrome neurologique en rapport avec une tumeur de la fosse cérébrale postérieure. Les auteurs font remarquer la précession des symptômes neurologiques sur les symptômes cutanés. C'est un cas de neuro-fibromatose héréditaire, le père de la malade ayant présenté les mêmes symptômes.

Leucose aiguë à évolution prolongée. Importance des manifestations intestinales et articulaires. — MM. MILHET, FOUQUET et DELORT.

Observation d'un enfant de 10 ans atteint de leucose aiguë aleucémique à évolution prolongée. Dans ce cas, il faut surtout signaler : *a*) l'importance des manifestations intestinales ayant précédé les autres signes; *b*) l'aspect ondulant de la courbe thermique ; *c*) l'existence de manifestations articulaires, sans altérations osseuses et purement inflammatoires.

SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1939.

Exploration radio-lipiolée au cours de la coqueluche avec expectoration purulente. — MM. MARQUEZY, LAUNAY, LEMOINE et Mlle MAGE. 29 cas d'enfants atteints de coqueluche avec expectoration purulente chez lesquels l'exploration radio-lipiodée des bronches a pu être complété. Résultats : innocuité complète et constatation dans 14 cas d'images indiscutables de dilatation bronchique. Chez 3 enfants, une deuxième exploration après guérison de la coqueluche a permis de constater la disparition des images bronchiques pathologiques. Il s'agirait donc d'une distension provisoire.

Cette communication appelle des observations de plusieurs membres de la Société.

M. Bezançon croit que les bronches restent fragilisées, M. Rist, croit que la délatation bronchique n'est pas toujours congénitale, M. Debie remarque que beaucoup de dilatations bronchiques succèdent à des rougeoles bénignes, M. Ribadeau-Dumas pense qu'il y a des dilatations congénitales et des dilatations acquises, M. Lesné estime que les dilatations bronchiques sont de pathogène différente, M. Haguenau incrimine l'anesthésie comme cause des accidents, M. Grenet estime qu'il est prudent de faire une intradermo-réaction au lipiodol, M. Cathala signale l'artérite bronchique dans la pathogénie de la bronchectasie.

Le brachy-œsophage avec estomac partiellement thoracique. — MM. LELONG, AUBIN et JEAN BERNARD. Il s'agit d'une malformation congénitale de l'œsophage caractéri-

sée par un défaut d'allongement du conduit au cours de son développement embryologique, une partie du pôle supérieur de l'estomac étant retenue au-dessous du diaphragne. C'est grâce à l'examen radiologique que les auteurs ont pu se rendre compte de cette malformation, qui se caractérise cliniquement par des vomissements ou des regurgitations. Cette malformation mériterait d'être recherchée systématiquement à raison des erreurs de diagnostic qu'elle pourrait entraîner.

Forme hydrocéphalique de la neuro-fibromatose de Recklinghausen. — M. Babonneix a vu une fillette atteinte d'une hémiplégie gauche à marche progressive. Il put penser qu'il s'agissait d'une tumeur cérébrale due à la transformation d'un neuro-fibrome intra-cranien. L'opération faite par M. Clovis Vincent a prouvé qu'il s'agissait d'un gliome de l'hémisphère droit.

Un cas d'anémie grave progressive avec lésions spéciales de l'estomac. — MM. Chevallier et Moutier.

Intolérances rénales, méningées, encéphalitiques. — M. Tzanck.

Electro-cardiographe à contrôle électrofluoroscopique. — MM. Liau et Minot ont réalisé un écran phosphorescent mobile, se déplaçant d'un mouvement uniforme et un oscillographe mécanique, envoyant sur l'écran une ligne lumineuse brillante. Comme avantages, il faut signaler : la possibilité d'avoir un écran de dimensions petites ou grandes à volonté, la vision continue, et la facilité de faire plusieurs enregistrements simultanés.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

Séance du 16 Décembre 1938

L'extension en double-broche dans les fractures du fémur (avec projections). — M. Rieunau expose sa technique de l'extension trans-osseuse en double broche mise au point pour corriger la bascule fragmentaire dans les fractures du fémur. Il étudie les causes de cette bascule, les méthodes classiques de correction, la technique de la double broche et il projette trente clichés destinés à illustrer sa communication et exposer les appareils qu'il a mis au point pour cette extension.

Ostéite juxta-épiphysaire d'origine tuberculeuse. — MM. Cahuzac et Courty présentent quatre observations d'ostéite tuberculeuse juxta-épiphysaire, revues pendant de longs mois. Les trois premières soignées chirurgicalement ont rapidement guéri et ainsi a été évité l'atteinte articulaire. La quatrième qui n'a pu être opérée (refus de la famille) s'est terminée par une arthrite tuberculeuse grave. A la faveur de ces observations MM. Cahuzac et Courty insistent sur l'intérêt comme l'a montré Sorrel, d'un traitement chirurgical. Sans danger s'il est appliqué quand il faut, extrêmement simple il met à l'abri d'une atteinte ultérieure le cartilage conjugal et l'articulation voisins.

Trois cas de lymphogranulomatose maligne présentant l'aspect clinique du lymphosarcome. — MM. Ducuing et Bassal présentent un malade porteur d'une volumineuse tumeur polybée sus-claviculaire et carotidienne complètement fixée, dont les différents éléments de la masse sont unis fortement entre eux. Le diagnostic clinique était celui de lymphosarcome, mais la biepsie montre les éléments caractéristiques de la lymphogranulomatose maligne. Deux autres cas sont joints à celui-là montrant la même anomalie clinique.

Ostéoporose dans les gros bras du cancer du sein. — MM. R. Dieulafe et Grimoud. Les os de l'extrémité distale du membre supérieur atteint d'œdème chronique après opération de Halsted sont de façon constante atteints de décalcification qui peut atteindre un degré intense dans certains cas, reproduisant l'image de l'ostéo-porose post-traumatique (maladie de Leriche). L'interprétation pathogénique est difficile car les signes cliniques associés ne permettent pas de rattacher ces troubles osseux à une perturbation vaso-motrice.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ORIENTATION SCOLAIRE JUGÉE PAR LES PROFESSEURS DE LYCÉE

Lorsque nous avons dénoncé ici même l'*orientation professionnelle scolaire* et ses dangers, lorsque le Dr Godlewski a organisé la séance de l'*assemblée de médecine générale* à l'Hôtel-Dieu de Paris contre cette méthode de sélection, lorsque Godlewski a fait à la chambre des députés la démarche remarquée de l'été 1937 sur ce sujet, lorsque les docteurs Biard et d'Ayrenx ont fait connaître au Parlement l'opinion défavorable du *Syndicat médical de Paris*, des esprits chagrins ont protesté.

Lorsque l'hiver dernier, je fus interwievé par un quotidien au sujet de l'opinion de l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* sur la même question, mes réponses provoquèrent une mise au point immédiate du ministre de l'Education Nationale en personne : nous en fûmes flattés. Mais il y a mieux : les orienteurs eux-mêmes paraissent douter des méthodes qui leur sont imposées. L'*Information Universitaire* du 25 mars 1939, qui passe au crible de sa critique tous les projets de réforme actuels de l'Enseignement, publie sous la signature d'AKADEMOS un article ayant pour titre *les Expériences d'orientation* dans lequel nous relevons le passage suivant : « Voici que la question relative à l'organisation et aux résultats de cette classe est inscrite à l'ordre du jour des congrès qui tiendront leurs assises annuelles pendant les congés de Pâques. J'ai lu, dans la *Quinzaine Universitaire*, le rapport de Mlle Morey, et dans *L'Agrégation*, le rapport de MM. Chibon et Couissin. Il ne m'appartient pas de discuter ces rapports. Qu'il me suffise de remarquer que leurs auteurs y font preuve de toute l'objectivité désirable. Les conclusions auxquelles ils aboutissent découlent d'une argumentation fondée bien moins sur des principes de pédagogie générale que sur des faits contrôlés par l'observation et sur des résultats donnés par l'expérience. C'est ainsi que l'examen des statistiques indiquant comment, au cours de l'année d'orientation 1937-1938, les élèves se sont répartis entre les options qui leur étaient offertes, leur a montré que, le plus souvent, la balance a penché en faveur de l'option qui correspondait le mieux au genre de l'établissement où fonctionnait la classe d'orientation. Dans les lycées, l'option technique a été insignifiante ou nulle et l'option classique presque partout prépondérante. Dans les écoles primaires supérieures, par contre, les élèves ont été surtout attirés par l'option moderne et par l'option technique. On voit la conclusion que l'on peut tirer d'une telle constatation ».

Et Akademos d'ajouter : « Je ne serais pas surpris si parmi les congressistes il s'en trouvait pour estimer que dans ces conditions la classe d'orientation est une superfétation scolaire et un luxe inutile ».

Akademos est un professeur d'élite, il sait ce dont il parle et il parle comme les médecins !

MAURICE MORDAGNE.

***

A PROPOS DE L'ORIENTATION SCOLAIRE

La *Société des agrégés* dans son assemblée générale du 3 avril 1939, après avoir entendu des orateurs comme MM. Couissin et Albert Fedel a émis le vœu : « Que soit interrompue l'expérience des classes d'orientation et abandonnée l'organisation de ces classes qui, en fait, amputent d'une année le cycle des études secondaires et entravent la formation des élèves à l'effort personnel... Au cas où, contrairement à ce vœu, l'expérience serait continuée, la Société des agrégés n'accepte pas qu'il soit apporté le moindre retard à l'étude d'aucune discipline de la classe de 6e, ni la moindre diminution aux horaires de celle-ci. »

Il est à noter que le *Syndicat National des professeurs des lycées et collèges* vient de prendre une position aussi formelle contre la sixième-orientation.

PRATIQUE MÉDICALE

TROIS NOUVEAUX COMPOSÉS PROTÉIDO-MÉTALLIQUES LES GLOBINATES DE FER, DE CUIVRE ET DE MANGANÈSE LA THÉRAPEUTIQUE ÉQUILIBRÉE ET TOTALE DE L'ANÉMIE SECONDAIRE VALEUR COMPARÉE DU FOIE DE VEAU CRU

par les prof. G. FONTÈS et L. THIVOLLE (1)

Pour un anémique secondaire grave, homme ou autre mammifère, un double problème se pose : refaire avec la plus grande rapidité possible des hématies et de l'hémoglobine, mais aussi reconstruire de la substance corporelle. Un anémique grave a toujours en effet considérablement maigri.

Cette double reconstruction ne peut se faire qu'à partir des aliments fournis à l'anémique, puisque ses réserves de toutes sortes, si elles existaient, auront été épuisées par la reconstruction spontanée des albumines tissulaires et sanguines.

Or, l'hémoglobine, dans son groupement prosthétique, la globine, possède une constitution chimique très particulière, caractérisée essentiellement par son pourcentage élevé d'acides aminés nobles non synthétisables par l'organisme supérieur. Si, dans son ravitaillement azoté, le sujet anémique ne trouve pas, en proportion optima, l'un quelconque de ces acides aminés, il est bien évident que la reconstruction de l'hémoglobine en sera limitée pour autant.

Mais ces mêmes acides aminés sont aussi présents dans les autres albumines tissulaires qu'il s'agit également de reconstruire. On voit donc que les deux processus de réfection ont, si l'on n'y prend pas garde, une tendance à se nuire mutuellement.

Pour obvier à cet inconvénient, sur lequel l'attention n'avait pas encore été attirée, il convient de considérer que la ration alimentaire ne doit servir qu'à la reconstitution corporelle, la réfection sanguine devant être assurée par un ravitaillement spécial. C'est pourquoi les auteurs ont combiné un médicament représentant sous une forme équilibrée la thérapeutique totale de l'anémie secondaire, acides aminés, globine, fer, cuivre, manganèse. C'est le globinofer, dont la dose moyenne pour les adultes varie de 3 à 6 comprimés par jour et pour les nourrissons et les enfants, de 1 à 3 comprimés par jour et plus : de nombreuses observations cliniques ont permis de se rendre compte de la valeur exceptionnelle de cette thérapeutique nouvelle de l'anémie.

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine, 3 nov. 1936.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.


DIASTOGÈNE F
Kola fraîche stabilisée
Manganèse
Arsines
Fenugrec
(comprimé glutinisé inclus dans le cachet)
abrège les convalescences
2 à 3 cachets par jour
Laboratoire Dehaussy
66 rue Nationale Lille

N° 31. — MERCREDI 19 AVRIL 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Les ictères pseudo-cholédociens, par MM. SAINT-PASTOUS (de Porto-Alègre) et LASSERRE (de Toulouse).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société de médecine de Paris. — Société de pédiatrie. — Société de thérapeutique. — Société de neurologie. —

NÉCROLOGIE. — GABRIEL LEVEN, par M. L. BABONNEIX.

REVUE DES THÈSES.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule, par M. J. REIGNIER (fin).

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Internat, concours spécial pour Brévannes, Garches, Ste-Périne, Hendaye.*

Epreuve écrite. — *Questions sorties de l'urne :* Rapports du rein droit ; signes et diagnostic de la maladie d'Addison.

Faculté de médecine de Paris. — M. Mondor, professeur est rangé dans la 2e classe des professeurs de Paris.

M. Dechaume, stomatologiste des hôpitaux est chargé d'un cours de stomatologie.

Faculté de pharmacie de Paris. — La chaire de pharmacie chimique est déclarée vacante.

Faculté de pharmacie de Montpellier. — La chaire de chimie minérale est déclarée vacante.

Sanatoriums publics. — Un *concours* pour cinq employés de *médecins adjoints des sanatoriums publics* (*tuberculose chirurgicale*) s'ouvrira le vendredi 16 juin 1939, au Ministère de la Santé Publique. Demandes d'inscriptions reçues jusqu'au 16 mai 1939 inclus.

Un *concours* pour quinze places de *médecins adjoints des sanatoriums publics* (*tuberculose pulmonaire*) s'ouvrira le mardi 13 juin 1939, au Ministère de la Santé Publique. Demandes d'inscriptions reçues jusqu'au 13 mai 1939 inclus.

Conditions pour ces 2 concours. — Age, 33 ans au plus (services militaires en sus). Nationalité française. Diplôme d'Etat de docteur en médecine.

Demande d'inscription sur papier timbré adressée au Ministère de la S. P., 7, rue de Tilsitt, Paris (directeur du personnel, 1er bureau), accompagné des pièces suivantes :

1° Extrait de naissance ; 2° extrait du casier judiciaire de moins de 3 mois ; 3° certificat de nationalité française, indiquant la date d'obtention du droit d'exercer ; 4° copie conforme des diplômes ; 5° état des services militaires ; 6° résumé des titres et services avec références ; 7° un exemplaire de la thèse et des travaux publics ; 8° note sur la situation de famille ; 9° certificat d'aptitude physique délivré par un médecin phtisiologue assermenté désigné par le ministre ; 10° un engagement d'accepter le poste qui sera attribué.

(Voir *Journ. off.*, 8 avril 1939, p. 4678).

Guerre. Troupes coloniales. — Liste des candidats admissibles au concours pour le stage d'assistant des hôpitaux coloniaux.

Section médecine : MM. les médecins capitaines Berthon, Lefebvre.

M. le médecin lieutenant Bonnefoi.

Section chirurgie : MM. les médecins capitaines Campourcy, Delom, Moulinard et Ouary du dépôt des isolés des troupes coloniales.

MM. les médecins lieutenants Jouve, Le Goff.

Section bactériologique : MM. les médecins capitaines Chedecal, Favarel, Minec, Tregouet.

M. le médecin lieutenant Abadie.

Section électroradiologie : MM. les médecins capitaines Charpentier, Dias-Cavaroni et Lamy.

Section stomatologie : M. le le médecin capitaine Dot,

M. le médecin lieutenant Amphoux.

Section pharmacie-chimie : MM. les médecins lieutenants Le Floch et Pille.

Mission. — M. MATHIS, assistant de M. le professeur ROUBAUD à l'Institut Pasteur de Paris, vient d'être chargé d'une mission au Cameroun, pour effectuer des recherches sur les maladies des animaux de la jungle susceptibles de transmission humaine.

L'Académie de chirurgie, établissement public d'Etat. — M. Jean Desgranges, député, demande à M. le ministre de l'éducation nationale si, à brève échéance, il ne compte pas déposer un projet de loi tendant à déclarer l'académie de chirurgie établissement public d'Etat muni de la personnalité civile. (*Question du* 19 *janvier* 1939).

Réponse. — La question de la transformation de l'académie de chirurgie en établissement public a été soumise pour examen à M. le ministre des fiances. Celui-ci vient de faire connaître qu'il ne pouvait envisager favorablement ce projet, pour des raisons de stricte doctrine financière.

Journ. off., 3 mars 1939.

A la mémoire du médecin général Paitre. — Un groupe d'élèves et d'amis du regretté médecin général Paitre, directeur de l'école d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de chirurgie, a décidé de commémorer sa mémoire par l'édition d'une médaille rappée à son effigie et gravée par le sculpteur Becker (médaille d'or du salon des artistes français).

Les personnes qui voudraient s'associer à ce geste de reconnaissance et recevoir un exemplaire de cette médaille sont priées d'envoyer leur souscription aux éditions Doin et Cie, trésoriers, 8, place de l'Odéon à Paris (compte chèque postal Paris 201-74).

Chaque souscripteur de 100 francs recevra un exemplaire de la médaille.

NÉCROLOGIE

GABRIEL LEVEN ((1872-1939

Il venait d'entrer dans sa soixante-huitième année, mais telle était son activité qu'on lui en aurait donné dix de moins. Combien de ses cadets auraient pu lui envier sa jeunesse de cœur et d'esprit. Elle lui aura permis, presque jusqu'au bout, de continuer sa tâche.

Et quelle tâche ! Fils d'un praticien déjà spécialisé en gastro-entérologie et qui a laissé une grande réputation, il commence de bonne heure ses études médicales. Il fréquente les services de Berger, de Constantin Paul, de Dieulafoy, de Duguet, de Tillaux. Arrivé dans les premiers à l'internat en 1897, il devient successivement l'élève de Ferrand, d'Ed. Schwartz, de Bouchard, d'Hutinel. En 1901, il passe sa thèse, consacrée à l'*obésité*.

A peine installé, il décide de ne plus s'occuper que de maladies digestives. Entreprise qui n'allait pas sans quelque hardiesse, quand on songe à ce qu'elles étaient il y a quarante ans. L'un des premiers, il se rend compte des renseignements que peut leur rapporter la radiologie, encore à ses débuts. Neuf ans de suite, il s'attache à ces recherches, qu'en 1909, il expose dans son livre (avec M. G. Barret) intitulé *Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac*. En 1912, il publie un *Traité de la dysepsie*, réédité en 1922 ; en 1914, son ouvrage capital sur l'*Aérophagie*, actuellement parvenu à sa troisième édition ; en 1938, avec son fils Roland, *le traitement des constipations fonctionnelles*. Il corrigeait les épreuves de son livre sur L'*obésité et l'amaigrissement* lorsque la mort est venue le surprendre. A maintes reprises, il s'était intéressé aux *vomissements de la grossesse* et à leur traitement.

Auteur fécond, penseur qui, toute sa vie, se sera soigneusement écarté des chemins battus, conférencier disert, dont les leçons de l'Hôtel-Dieu attiraient toujours beaucoup d'auditeurs, clinicien de race, technicien rompu à toutes les difficultés du laboratoire, il avait été, en pleine guerre, appelé à diriger un Centre de gastro-entérologie et, d'emblée, il avait justifié la confiance que ses chefs avaient mise en lui. Il donnait, à la *Clinique*, des articles très appréciés. Secrétaire général de la *Société de thérapeutique*, il excellait à en organiser les séances, sollicitant les concours, multipliant les communications, participant aux discussions, publiant les *Bulletins*, s'occupant à lui seul de la correspondance, et s'acquittant de cette besogne absorbante avec une telle aisance que, lorsqu'avait été fondé l'*Union internationale thérapeutique*, il avait naturellement été désigné pour les mêmes fonctions, qu'il devait occuper avec le même éclat.

Chez Leven, l'homme n'était pas inférieur au savant. En août 1914, il était parti des premiers pour le front, où il devait rester deux ans. Son éducation raffinée, sa courtoisie, sa droiture, son sens de l'amitié lui avaient valu, dans tous les milieux, de précieuses sympathies qui ne l'ont pas abandonné lorsque sont venus les jours sombres. Nul comme lui pour verser au cœur des malades l'espérance, et, au besoin, l'illusion : comment n'auraient-ils pas été impressionnés par sa maîtrise, par son calme, par l'absolue conviction qu'il éprouvait et qu'il savait leur communiquer qu'il comprenait leur mal et qu'il saurait le soulager ? En toutes circonstances, il aura été pour les siens l'exemple vivant du devoir. En les quittant, cet apôtre a pu leur dire, comme jadis l'Apôtre : J'ai combattu le bon combat, j'ai achevé ma course, j'ai gardé ma foi.

L. BABONNEIX.

La saison à Barèges. — La Société Médicale de Barèges dénonce les fausses nouvelles annonçant que le bourg de Barèges a été détruit par une avalanche.

L'intégrité des 4 thermes et hôpitaux, du funiculaire, de la plupart des hôtels, pensions et magasins a été constatée par toutes les autorités départementales et par un inspecteur de l'agriculture, sans compter de nombreux touristes. La Société Médicale peut en procurer toute preuve photographique.

Aussi, personne d'informé ne peut-il douter de l'ouverture précoce de la saison thermale malgré les mesures de protection matérielle et d'aide financière que doit encore demander le Barèges hivernal.

LES ICTÈRES PSEUDO-CHOLÉDOCIENS

PAR MM.

SAINT-PASTOUS (de Porto-Alegre) et LASSERRE (de Toulouse)

Récemment, nous avons eu l'occasion d'examiner, à la troisième Clinique Médicale de la Faculté de Porto-Alègre, deux malades présentant des syndromes ictériques du type cholédocien.

Quoique les ictères se rencontrent fréquemment en pratique hospitalière, ils sont continuellement à l'ordre du jour par les problèmes de diagnostic et de thérapeutique qu'ils posent.

En ces dernières années, de nombreux progrès ont été réalisés dans les méthodes d'exploration des voies biliaires : cependant, le vaste et difficile chapitre de la pathologie hépatique continue à préoccuper tous les cliniciens. Dans les dernières décades, la physiopathologie des voies biliaires a subi une notable évolution dans ses conceptions doctrinaires et ses directives thérapeutiques, s'enrichissant de nouveaux procédés sémiotiques et de nouvelles orientations dans les techniques opératoires. La doctrine médicale s'est évadé de l'étroit concept anatomique des maladies : et dans le domaine de la pathologie du foie et des voies biliaires, on a assisté à une importante et féconde rénovation de nos connaissances, inspirée par une conception physio-pathologique des maladies. Bérard et Mallet-Guy écrivaient récemment que la chirurgie des voies biliaires tend de plus en plus à progresser dans le sentier physiologique, en se libérant des idées préconçues qui faisaient considérer anatomiquement la lésion à combattre.

De l'observation de nos deux malades, nous désirons faire ressortir quelques faits susceptibles d'éclairer certaines études médico-chirurgicales d'actualité touchant la pathologie biliaire.

***

Nos deux malades présentaient la triade symptomatique si particulière au syndrome d'obstruction du cholédoque : ictère, acholie et cholurie.

Dans la première observation, il convient de faire ressortir l'extrême gravité de l'état général, la rapide évolution vers la mort et la très importante hépatomégalie de nature néoplasique (comme le démontra l'examen histo-pathologique).

Le malade de la seconde observation racontait un long passé de coliques hépatiques parfois suivies d'ictères transitoires. Sa maladie actuelle datait d'à peine un mois et consistait principalement en un ictère franc avec acholie et cholurie, sans prurit, fièvre, douleur, vomissements ; le foie et la rate étaient de volume normal, la vésicule biliaire impalpable ; la manœuvre de Murphy était positive ; le pouls était régulier ; il y avait en outre de l'anorexie, de l'asthénie, de l'insomnie, de la constipation et de l'amaigrissement.

Après avoir pratiqué plusieurs tubages successifs, par la méthode de Meltzer-Lyon, toujours négatifs, nous avons enfin une fois obtenu 30 centicubes de bile A, d'aspect trouble, de couleur olive foncé et de consistance visqueuse. Après administration d'une solution de sulfate de magnésie, on put drainer une toute petite quantité de bile, jaune-clair et fluide.

La réaction de Hymans Van Der Bergh, répétée à plusieurs reprises, fut toujours positive. Les chiffres de la bilirubinémie oscillaient entre 16 et 20 milligrammes. Les courbes de l'hyperbilirubinémie directe et indirecte furent divergentes avec courbe de bilirubine indirecte ascendante.

Le taux de la cholestérinémie était de 1,8 %, la résistance globulaire normale, l'épreuve de Bauer positive.

L'examen radiographique simple de l'hypocondre droit ne permit de déceler aucun calcul biliaire. L'épreuve de Graham-Cole ne fut pas pratiquée. L'examen radiologique de l'estomac et du duduodénum permit de noter une légère gastro-duodénite avec stase duodénale.

Au cours de l'opération, on put remarquer, chez le premier malade, un gros foie irrégulier et noduleux, une vésicule biliaire d'aspect normal, de canaux biliaires extra-hépatiques libres. Il n'y avait pas de calcul dans le cholédoque ; le sphincter d'Oddi et le pancréas présentaient un aspect normal.

Chez le second malade, on trouva une vésicule petite, rétractée, scléreuse, complètement vide de bile, mais contenant quelques petits calculs. Le foie était normal, le canal cholédoque très dilaté, scléreux et le pancréas normal.

Dans les premières 24 heures qui suivirent l'intervention, dans les deux cas, il n'y eut pas d'issue de bile par le drain laissé dans le cholédoque. Le malade du cancer du foie (au cours des cinq jours qu'il survécut) élimina par la fistule cholédocienne une très petite quantité de bile. Le malade de la cholélithiase et de l'ectasie du cholédoque voyait le transit de la bile déjà établi le second jour, flux biliaire qui augmenta considérablement dans les jours suivants.

***

De ces deux observations résumées, nous pouvons faire ressortir, pour servir de base aux commentaires que nous allons donner, les points suivants :

I. — Il s'agissait de syndromes ictériques du type cholédocien, communément appelés « mécaniques » ou « par obstruction » : l'intervention chirurgicale démontra qu'il n'y avait pas de blocage du cholédoque.

II. — Le tubage duodénal, plusieurs fois négatif, montra une fois de la bile A concentrée mais abondante, avec absence de bile B et très petite quantité de bile C, peu pigmentée.

III. — On put vérifier dans le sang la présence de bilirubine directe et indirecte, avec chiffre élevé de bilirubine indirecte dans les deux cas, mais surtout chez le malade porteur du cancer du foie.

IV. — Chez l'un des deux malades, à côté d'une vésicule scléro-atrophique et calculeuse, totalement vide de bile, se trouvait une importante dilatation du cholédoque.

V. — Au cours de l'intervention, on put remarquer que les canaux cholédoque et hépatique étaient complètement vides de bile et nous n'obtinrent, par le tube de Kehr, la moindre goutte de bile. Dans les deux cas, le passage d'une sonde exploratrice par le sphincter d'Oddi se fit dans la moindre résistance et sans dénoter la présence de calculs.

VI. — Dans les 24 heures qui suivirent l'intervention, il n'y eut aucune élimination de bile par le drain cholédocien. Dans les jours suivant, le cours de la bile s'établit régulièrement par le drain.

⁂

Tout d'abord, il faut retenir la constatation de la triade symptomatique (ictère, acholie, cholurie) que l'on reconnait habituellement comme étant l'expression clinique des syndromes cholédociens mécaniques ou par rétention, mais qui, ici, ne doit pas être retenue à priori comme un argument de cette pathogénie. Attribuer à l'absence de pigment biliaire dans les matières fécales au cours des ictères par rétention, la valeur d'un critérium, peut conduire à la vérité tout comme à une erreur de diagnostic.

S'il est incontestable et même banal que le complexe ictère-acholie-cholurie correspond à l'obstruction du cholédoque, il n'en est pas moins vrai que ce même complexe peut exister sans obstruction du cholédoque. Il y a, réellement, un syndrome ictérique de type cholédocien par blocage et un syndrome absolument identique mais sans obstruction : au premier, il faut réserver la dénomination de syndrome cholédocien et, au second, celle de syndrome pseudo-cholédocien.

Il n'y a qu'une méthode d'investigation séméiologique capable de renseigner avec une certitude absolue sur le passage de la bile dans le duodénum, c'est le tubage de Einhorn pratiqué en accord avec la technique de Meltzer-Lyon.

Dans le diagnostic différentiel des syndromes cholédociens, il importe surtout de savoir si l'obstruction est totale ou partielle, si elle est permanente ou intermittente, si elle tend à augmenter ou à diminuer. Les données précieuses de l'observation clinique indiquent si l'on peut faire un tubage duodénal et le pratiquer journellement au cours de la maladie. Quand, par le tubage duodénal, on constate une absence complète de bile dans le duodénum, il y a une forte présomption clinique en faveur de l'obstruction du cholédoque, bien que l'on puisse observer ce fait même avec une parfaite perméabilité des canaux excréteurs de la bile. L'absence de bile dans le duodénum dans le cas de perméabilité des voies biliaires se voit dans les ictères par hépatite. Ces ictères par hépatolise constituent le groupe des « syndromes ictérigènes pseudo-cholédociens ».

Dans les syndromes cholédociens, la bile ne descend pas vers le duodénum par suite d'un facteur oblitérant ; dans les syndromes pseudo-cholédociens, il y a absence de bile, non seulement dans le duodénum, mais encore dans le cholédoque, car le processus hépatique ouvre une solution de continuité qui permet à la bile de passer des canalicules biliaires dans les capillaires sanguins. Mais, toujours, l'on doit craindre dans l'évolution des syndromes ictériques par obstruction que, au cours de la maladie, à la rétention biliaire par obstruction du cholédoque s'associe une rétention par lésion de la cellule hépatique, secondaire à la stase cholédocienne.

D'où, la subdivision des syndromes ictérigènes cholédociens en « purs » et « mixtes » ou « associés ».

⁂

Dans une récente étude sur la classification et le traitement des ictères, basée sur une copieuse documentation chirurgicale et anatomo-pathologique, Robert Sole affirme que les ictères appelés catarrhaux et quelques hépatites ictérigènes aiguës peuvent s'accompagner des symptômes pathognomoniques des ictères par obstruction ; les nombreux cas d'ictères qu'il a lui-même observés dans ces dernières années, permettent d'affirmer que le plus grand nombre des syndromes cholédociens sont produits par des hépatites simulant l'obstruction cholédocienne ; ce pourcentage, fort élevé, des syndromes pseudo-cholédociens cause les plus grandes difficultés diagnostiques pour le clinicien.

Dans un travail consacré à la physiologie et à la séméiologie des syndromes cholédociens, Mazzei et Acevedo prétendent que l'enclavement d'un calcul et la cholédocite aigüe qui l'accompagne ne constituent pas l'unique pathogénie du syndrome de la lithiase biliaire ; très fréquemment, ces auteurs observent des malades présentant tous les caractères d'un ictère par obstruction dans lequel l'intervention ne révèle pas la présence de calculs. Quelques chirurgiens élèvent ces chiffres aux alentours de 50 %.

Simon Rey étudiant les concepts qui prévalaient autrefois dans le diagnostic des ictères par rétention, affirme la faillite actuelle de ces bases assurant que le tubage duodénal, la chirurgie et la nécropsie révèlent fort souvent la perméabilité des voies biliaires là où l'on pensait qu'il existait une obstruction.

Adrien Bengolea affirme, lui aussi, qu'une affection hépato-biliaire, quelle qu'elle soit, peut, à un moment donné de son évolution, occasionner un ictère du type obstruction cholédocienne.

Pour donner une meilleure interprétation à ces données, on peut répéter avec Solé que le cours normal de la bile par les conduits excréteurs peut être altéré suivant deux mécanismes fondamentaux.

1° Par obstruction totale ou partielle au niveau des différents segments de l'arbre biliaire ;

2° par altération du parenchyme, qui occasionne une déviation anormale de la bile des espaces lymphatiques et des capillaires sinusoïdaux vers la voie lymphatique et sanguine. Ces deux facteurs s'associent fréquemment, mais peuvent aussi exister isolément. Le lieu de moindre résistance est la zone intermédiaire au canicule biliaire et aux capillicules, appelée « ampoule » ou « segment de connexion » ; la dilatation de sa paroi permet la diffusion ou la diapédèse de la bile, même sans rupture. A ce mécanisme, Hiyeda attribue la première manifestation clinique de l'ictère. Quand la tension persiste ou augmente, la diffusion ou la diapédèse s'aggrave du fait de la production de fissures (Fiessinger), ce qui aboutit à établir une solution de continuité dans le trabécule et conduit la bile directement dans le courant circulatoire. Le parenchyme hépatique ainsi imprégné de bile toxique présente des zones de nécrose qui, elles-mêmes, ne vont pas tarder à augmenter l'ictère (Solé).

⁂

Dans les cas opérés par Solé, nous nous permettons de relever les observations suivantes : dans un cas d'ictère catarrhal avec pseudo-syndrome cholédocien, on trouve des lésions du parenchyme caractérisées par une tuméfaction cellulaire, une atrophie homogène, une dislocation des trabécules et une surcharge pigmentaire extra et intra-canaliculaire. Malgré l'absence d'obstruction des voies biliaires, l'ictère était très intense et dans les cinq jours qui suivirent l'intervention, il ne s'écoula pas de bile.

Dans un autre cas, avec des lésions d'hépatolise mais avec perméabilité du cholédoque, il n'y eut pas non plus écoulement de bile après l'intervention.

Chez un malade opéré en pleine crise d'ictère, avec acholie et cholurie, on trouva une cholécystite avec

cholédoque perméable. La biopsie révéla une hépatite centro-lobulaire avec blocage des cellules de Kupffer.

Ces cas sont des hépatites ictériques avec pseudo-syndrome cholédocien.

Confirmant les expériences de Ponfick, Meister et Fishbeck, Solé a démontré que dans la deuxième ou troisième semaine d'évolution d'un ictère par obstruction du cholédoque, il se développe un processus d'hyperplasie cellulaire de compensation au niveau du parenchyme hépatique et il considère ce moment comme étant le plus opportun pour l'intervention chirurgicale, excepté dans les cas de cholédocite suppurée dans lesquels on doit intervenir de toute urgence.

Mais si l'expérience indique avec précision l'époque opportune pour l'acte opératoire, il est bien plus difficile d'affirmer avec exactitude le diagnostic d'obstruction dans les syndromes cholédociens.

En ce qui concerne les possibilités du diagnostic différentiel entre les syndromes cholédociens et pseudo-cholédociens, on est forcé de reconnaître la valeur relative des principaux éléments donnés comme étant de première importance.

Les oscillations du volume du foie en accordéon coïncident avec des modifications de tonalité de l'ictère, de l'acholie, de la cholurie, avec courbe hypertermique oscillante pour les malades porteurs de lithiase biliaire : l'ensemble forme un complexe de forte présomption en faveur du diagnostic d'oblitération calculeuse du cholédoque.

Les antécédents de cholélithiase n'ont pas de valeur décisive : chez un de nos malades, il y avait des calculs dans la vésicule et le cholédoque était cependant libre. On peut voir fréquemment des calculs du cholédoque sans ictère.

L'épreuve de Meltzer-Lyon n'est pas concluante : nous avons déjà vu que dans les ictères par hépatite avec voie biliaire perméable, le tubage duodénal est habituellement négatif. D'autre part, les obstructions du cholédoque par calcul sont rarement totales ; il ne faut pas oublier, non plus, que parfois un facteur spasmodique ou une tuméfaction par cholédocite aigüe complète l'oblitération. En répétant le tubage, on arrive toujours à obtenir quelques traces de bile.

Quoique expressive, la loi de Courvoisier-Terrier est sujette à des réserves.

En ce qui concerne le test cholécystographique de Graham-Cole, il est lui aussi sujet à restrictions ; une simple radiographie, si elle montre des calculs, a, par contre, une valeur très nette.

Les épreuves dites fonctionnelles pèchent par la base. Sans doute, dans nos cas, on peut noter au début une obstruction mécanique sans insuffisance hépato-cellulaire, mais cela est plutôt rare.

Recherchant comment établir le diagnostic différentiel d'après l'état humoral, Adler fournit les données suivantes :

1° dans la lithiase du cholédoque : chiffre élevé de cholérestérinémie avec hyperbilérubinémie, chiffre normal des amino-acides, bilirubinurie élevée, épreuve de la galactosurie négative ;

2° dans les ictères par hépatite : chiffre bas de cholerestérinémie, hyperbilirubinémie avec faible bilirubinurie et urobilinurie abondante, augmentation considérable des amino-acides dans le sang, réserve alcaline basse, épreuve de la galactosurie négative.

***

On admet, à l'heure actuelle, qu'il est très important de déterminer, pour évaluer le degré d'insuffisance hépatique, les courbes de bilirubinémie directe et indirecte (Varela-Fuentes).

Dans l'état normal de la cellule hépatique, on ne devrait pas rencontrer dans le sang de bilirubine directe.

***

Dans les ictères par obstruction du cholédoque sans grande participation du parenchyme hépatique, l'hyperbilirubinémie augmente avec prédominance de bilirubine directe.

Dans les ictères par hépatites bénins, il y a également prédominance de bilirubine directe ; dans les hépatites graves, au contraire, on trouve la bilirubine indirecte en excès.

Le pronostic des syndromes ictérigènes, et jusqu'à un certain point leur diagnostic différentiel, peut être orienté par les courbes de la bilirubinémie. L'ascension systématique de la courbe de bilirubine indirecte, avec dépression de la courbe de bilirubine directe, est un symptôme de mauvais pronostic, indiquant l'évolution fatale vers l'atrophie jaune aiguë du foie. L'évolution des courbes en sens inverse, traduit un processus de réparation du parenchyme et le retour aux fonctions normales de la cellule hépatique.

***

En 1934, Brulé, Collet et Hamburger ont fait une intéressante communication sur les ictères de pathogénie obscure, qui ne sont sûrement pas par hépatite. Ce sont les cas décrits comme syndrome de cholédocite médicale ictérigène et curable par le tubage duodénal.

Etudiant de nouveaux cas, Brulé, Collet et Netter insistent sur l'augmentation de volume du foie simulant l'hépatomégalie de la lithiase du cholédoque et du cancer du pancréas. Ils appellent l'attention sur ces cas, afin de ne pas les confondre avec les syndromes pseudo-cholédociens par hépatite chronique ; ils conseillent, comme opportune, la pratique du tubage duodénal afin d'éviter que la cholédocite médicale se transforme en affection chirurgicale : Harvier et Antonelli rapportent des observations identiques.

Chabrol préconise le tubage duodénal et insiste sur les bons résultats obtenus dans les ictères de type catarrhal ou infectieux. Bengolea affirme que, actuellement, on ne peut faire un diagnostic, appliquer une thérapeutique pour une affection hépatique ou des voies biliaires sans recourir au tubage duodénal ; il arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans les cas où l'ictère cède au tubage, il s'agit de cholecystite chronique avec ou sans lithiase, d'angiocholite catarrhale, d'angiocholite infectieuse, de pancréatique chronique, etc... ;

2° Lorsque l'ictère s'atténue, mais récidive, il s'agit en général de lithiase du cholédoque ;

3° Lorsque l'ictère ne se modifie pas, on est en présence de néoplasme du cholédoque ou du pancréas.

***

Non moins important est le concept aujourd'hui vulgaire des syndromes ictérigènes par cholédocite vus du point de vue chirurgical

Chabrol estime que la cholédocite tend à renaître de ses cendres, grâce au tubage d'Einhorn et à la cholécystostomie. Il y a un groupe de « cholédocite ictérigène », affirme Chabrol, que les chirurgiens nous ont fait connaitre.

Gosset, Charrier, Thalheimer, Mathieu et Boris Klotz enrichirent, depuis 1923, par des recherches et des mémoires importants, le chapitre des cholédocites. Chabrol et Boris-Klotz commentèrent la statistique de 105 observations de Benoit, d'ictères traités chirurgicalement, dans lesquels la biopsie du tissu hépatique accusait un processus de cirrhose, d'hépatite profonde, mais qui cependant guérirent par cholécystostomie. A ces observations, firent suite de nombreux travaux similaires de Benoit, Rovsing, Braun, Von Haberer, Cuneo, Bloch et autres. Dans ces dernières années, on trouve dans la littérature étrangère, surtout nord-américaine, plus d'une centaine de publications sur le traitement des cholédocites ictérigènes par la cholécystostomie.

Dans leur livre sur l'exploration fonctionnelle des voies biliaires et la chirurgie, Bérard et Malet-Guy reprennent la question de la cholécystostomie et lui assurent une place d'actualité, tout en donnant de nouvelles orientations à la chirurgie des voies biliaires et en élargissant considérablement les horizons de la pathologie du foie.

Un des arguments les meilleurs de la valeur sémiotique de la cholécystostomie suivie de cholangiographie, c'est qu'elle permet de faire le diagnostic de stase biliaire par vésicule irritable ou intolérante, syndrome qui, en un moment donné de son évolution, peut prendre l'aspect des ictères pseudo-cholédociens.

⁂

Delfor del Valle et Carré synthétisent avec de nombreux signes le syndrome de cholédoco-oddite rétractile et lui donnent le cadre symptomatologique suivant : céphalée, fébricule, troubles gastro-intestinaux, hypocholie, acholie, cholurie, foie légèrement hypertrophié et douloureux, points de Desjardins et Chauffard douloureux et sub-ictère par intermittence. Ces auteurs orientent ainsi l'exploration chirurgicale et la technique opératoire dans les cas de cholédoco-oddite rétractile : vérifier l'absence de calcul, faire une duodénostomie pour examiner l'ampoule de Water, ensuite avec un fin stylet à bougie olivaire, pratiquer le cathétérisme de l'ampoule de Water et du sphincter d'Oddi. En retirant la bougie exploratrice, on voit jaillir une grande quantité de bile noire.

Dans ces cas de cholédoco-oddite, la cholédocostomie montre la nature scléreuse des parois du canal. Si l'on pratique en même temps une cholangiographie lipiodolée, on peut trouver de considérables estasies des canaux extra et intra-hépatiques.

Cette cholangiographie après cholédocostomie permet aussi d'explorer le pancréas ; le canal de Wirsung se montre dilaté, donnant lieu à un reflux de bile dans le pancréas, point de départ de pancréatite chronique et hémorragique.

Les conséquences tardives de la cholédoco-oddite rétractile sont réellement redoutables ; du côté du foie, s'installent des lésions de lipoïdose et un processus inflammatoire fibro-scléreux de cortico-hépatite ou cortico-glissonite étudié avec une riche documentation anatomo-pathologique par Solé et Donovan, en Argentine.

En conclusion de leurs travaux sur les syndromes ictérigènes par cholédoco-oddite rétractile, Del Valle et Garre recommandent comme unique traitement une large divulsion du sphincter d'Oddi ou papillotomie suivie de drainage.

⁂

Envisageant les syndromes de stase biliaire, Mariano Castex étudie les dyskinésies cholangiopathiques de Westphal. Véritable état de névrose motrice des voies biliaires extra hépatiques, ce syndrome comporte simultanément des troubles fonctionnels de la vésicule, du canal cystique, du cholédoque et du sphincter d'Oddi, capables, par hypertonie spastique du sphincter d'Oddi, d'occasionner un véritable syndrome ictérigène du type cholédocien.

De ses expériences sur le lapin, Westphal arrive aux conclusions suivantes :

1° Une forte excitation électrique du vague détermine une contracture spastique du sphincter d'Oddi, une énergique contraction de la vésicule, un engorgement bilieux du cholédoque avec stase biliaire et hypertension intra-canaliculaire ;

2° L'excitation électrique ou adrenalinique du sympathique peut produire un effet contraire. La vésicule se relâche et la tension biliaire intra-canaliculaire baisse.

Par excitation du sympathique ou par inhibition du vague la stase biliaire hypotonique se produit.

Selon Westphal, ces troubles purent fonctionnels, par dystonie neuro-endocrino-végétative, sont responsables de graves accidents morbides tels : stase biliaire, ictère, nécrose hépato-pancréatique.

Westphal se demande s'il faut considérer comme des malades, les personnes porteuses de dyskinésie cholangiopathique ; il prétend que ces troubles fonctionnels peuvent conduire à une atrésie spastique du sphincter d'Oddi et, comme conséquence, à la stase biliaire et à l'ictère. Ces dystonies neuro-végétatives sont subordonnées à des influences d'ordre constitutionnel ou neuro-endocrinien qui surviennent plus fréquemment chez la femme et chez l'homme de biotype asthénique.

Il semble rationnel à Westphal d'attribuer les ictères appelés émotifs à un phénomène de dyskinésie avec brutale et totale contraction spasmodique du sphincter d'Oddi, donnant une stase prolongée avec hypertension biliaire intra-canaliculaire.

⁂

Nous terminerons en faisant ressortir dans l'histoire clinique du syndrome cholédocien, les trois périodiques principales de leur évolution ; la période du concept anatomique proprement dit, dans laquelle l'agent déterminant des syndromes ictérigènes de type cholédocien était habituellement attribué à une obstruction mécanique (en particulier par calcul et par cancer du pancréas et des voies biliaires). La seconde période se caractérisait par le concept des syndromes ictérigènes d'origine « hépatite ». Enfin, la troisième période se signalait par l'intervention du concept des « cholédocites médicales » et des « cholédocites chirurgicales » et spécialement du syndrome ictérigène par « cholédoco-oddite chronique rétractile de Del Valle ».

Enfin, la tendance de la médecine contemporaine à faire intervenir une conception physiologique des maladies est, pour caractériser les syndromes sans

substratum anatomique, une notion qui permet d'affirmer que, dans le chapitre de la pathologie des voies biliaires, s'ouvre déjà une conception de pathologie-physiologique.

Il est du plus grand intérêt scientifique et de la plus grande utilité pratique, que se généralise chez les médecins et les chirurgiens le concept de « la maladie fonctionnelle ». Leriche se fait l'apôtre de la conception physiologique des maladies ; il démontre que le substratum anatomo-pathologique est la conséquence et non la cause de la maladie et que, avant la période clinique déjà si tardive et plus ou moins curable, la maladie est essentiellement du domaine de la physiologie, par perversion fonctionnelle des tissus, des organes, des appareils et des systèmes formant un complexe ou « une somme de sympathies morbides ». Quand, entre les médecins et les chirurgiens s'établira une féconde et intime collaboration sur le terrain du diagnostic et de la thérapeutique, alors, au doute et à la discordance, fera place une meilleure compréhension des faits, de prime abord antagonistes. De la sorte, sera délimitée pour le plus grand bénéfice du malade, la véritable frontière de la phase médicale et de la période chirurgicale des maladies, orientant, avec profit, les méthodes thérapeutiques.

(*Travail de la 3e clinique médicale de la Faculté de Médecine de Porto Alegre (Brésil) :* Professeur A. DE SAINT-PASTOUS).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

SÉANCE DU 13 JANVIER 1939.

Allocution du Président sortant : M. DUPUY DE FRENELLE.

Allocution du Président pour 1939 : M. ROEDERER.

Compte rendu des travaux de l'année : M. LUQUET.

Notice nécrologique. — M. LUQUET lit les notices sur les Membres de la Société, décédés en 1938 : MM. de Langenhagen, Smester, Bensaude, Le Tellier et Leuillier.

Quelques aspects cliniques de sinusites latentes. — M. Maurice VERNET étudie : *a*) les sinusites latentes suppurées se révélant en clinique : 1° par une complication (orbito-oculaire, cranienne, ou endocrienne) ; 2° par la forme rhume de cerveau à répétition ; 3° par le type de bronchite récidivante ; 4° par le type dentaire ; 5° par le type fébrile et infectieux à distance. *b*) Les sinusites latentes sans pus se manifestant en clinique : 1° par le type d'obstruction nasale avec catarrhe rhino-pharyngien sans pus ; 2° par la forme de catarrhe tubaire ; 3° par le type céphalalgique ou douloureux ; 4° par le type d'hydrorrhée spasmodique ; 5° par la forme oculaire.

La percutiréaction. — M. LESNÉ estime que les recherches des réactions cutanées à la tuberculine constituent le procédé le plus fidèle de dépistage de la tuberculose infantile. A l'intra-dermoréaction et à la cuti-réaction, il faut pérférer la percutiréaction qui a la même sensibilité d'évacuation facile, de lecture aisée et qui est bien acceptée par parents et enfants. Ce mode d'investigation devrait être généralisé dans toutes les collectivités d'enfants et particulièrement dans les écoles.

La recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique prélevé à jeun. Sa valeur diagnostique et son importance au point de vue prophylactique. — M. Armand DELILLE expose la méthode de recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique, par siphonnage, inspirée des premières recherches de H. Meunier, qu'il a perfectionnée et préconisées depuis 15 ans, pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'enfant. La haute valeur de cette méthode a depuis montré qu'elle pouvait s'appliquer à certains adultes qui ne savent pas cracher. Il rappelle les applications récentes qu'en ont faites Gulbring et Nils Lévin qui, sur 300 cas de tuberculose dite fermée, ont pu constater la présence du bacille dans 50 % des cas, ce qui a une grande importance également pour l'institution des mesures prophylactiques selon la méthode de Grancher.

SÉANCE DU 28 JANVIER 1939.

Traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — Mr. Laurence O. SCHAUGNESSY (Londres) expose qu'en cas de déficience de l'apport sanguin au myocarde par occlusion coronarienne, on peut tenter de la revasculariser au moyen de greffes-musculaires (Beck), pulmonaire (Lézins), épiploïque (c'est la cardio-omentopexie-opération) imaginée et réalisée chez l'homme vingt fois par l'auteur. Après un remarquable exposé des raisons qui justifient cette tentative de revascularisation O. Schaugnessy projette des clichés de pièces prélevées soit chez l'homme post-mortem, où l'on peut constater l'efficacité de la greffe et la formation de néo-vaisseaux. Puis vient un exposé de la technique illustrée par un remarquable film en couleurs. Entre ses mains la technique de l'opération paraît réglée et sûre. Cette opération audacieuse ne doit être appliquée qu'à des cas très sévères. La difficulté est de poser l'indication opératoire. O. Schaugnessy rapporte plusieurs cas où l'effet de la greffe a été des plus satisfaisantes.

M. A. Pruche insiste sur l'intérêt de cette intervention.

M. R. Heim de Balsac. — Après avoir félicité et remercié M. O. Schaugnessy, l'auteur présente une série d'injections post-mortem du système coronarien et de l'ensemble de l'appareil circulatoire montrant la réalité et les modalités des anastomes coronariennes et l'utilité des injections opaques pour vérifier les opérations de revascularisation.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1939.

Gastrocolopexie dans les distensions gastriques avec ptose du gros intestin. — M. René GAULTIER précise les indications du traitement médico-chirurgical des grandes distensions atoniques de l'estomac accompagnées ou non de l'abaissement de son segment pylorique de la ptose du duodénum et du gros intestin. Il passe en revue les diverses techniques de gastro-colopexie et montre les bons résultats que l'on peut obtenir de certaines d'entre elles, les indications et les contre-indications en ayant été au préalable bien pesées par la clinique et la radiologie.

De l'influence du champ électrique terrestre sur le corps humain isolé ou non isolé. — MM. GÉRARD et DEILLE.

Les indications opératoires de 33 hystérectomies vaginales récentes. — M. P. SÉJOURNET. Parmi les utérus qui saignent ou présentent des lésions de métrite invétérée un certain nombre sont justiciables de l'H. V. La vaginale doit être réservée aux utérus de moyen volume, non adhérents et ne s'accompagnant pas de lésions annexielles. Dans les métrites hémorragiques, la vaginale sera conservatrice et doit être préférée à la radiothérapie qui provoque la castration avec tous ses troubles.

Hystérectomie vaginale. — M. LE GAC présente un film de cette opération par le précédé de Muller Quenu avec ligatures des vaisseaux.

Nouveaux cas de sténoses congénitales de l'œsophage. — M. Jean GUISÉE.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 17 JANVIER 1939.

Un cas de macrogénitosomie précoce. — MM. LESNÉ et MAILLET rapportent l'observation d'un nourrisson atteint de macrogénitosomie précoce : a un an, le poids et la taille étaient ceux d'un enfant de deux ans et les organes génitaux étaient aussi développés que ceux d'un sujet de 19 ans.

Cet état était lié à l'existence d'une tumeur cérébrale, grosse comme un pois, siégeant dans la région des tubercules mamillaires et indépendante et l'épiphyse. L'extirpation en fut pratiquée par M. Clovis Vincent.

L'enfant est aujourd'hui âgé de 7 ans. Il a grandi ; ses organes génitaux sont monstrueux ; il a un retard intellectuel évident.

Adénome pupillaire dendritique du sein chez une fillette de 13 ans. — M. A. MARTIN et Mlle DELEN.

Scorbut chez deux jumeaux. — Mme LINOSSIER-ARDOIN et Mlle RONGET relatent les observations de deux jumeaux vraisemblablement hérédo-syphilitiques, atteints simultanément à la suite d'une carence minime d'un scorbut caractérisé par un hématome sous-périasté de l'humérus droit et des hémorrhagies des paupières et du voile du palais.

Les auteurs insistent sur la similitude des lésions chez les deux enfants, sur le rôle favorisant qu'a pu jouer l'hérédo-syphilis et sur les heureux résultats thérapeutiques obtenus avec l'acide ascorbique.

Projection d'urographies intra-veineuses. — MM. SORREL et MARCEL.

Vaccination par l'anatoxine mixte diphtérique et tétanique des enfants tuberculeux hospitalisés à Brévannes. — MM. CHEVALLEY et ZIVY ont vacciné sytématiquement les enfants tuberculeux de Brévannes avec l'anatoxine mixte antidiphtérique-antitétanique.

Cette vaccination a permis d'éteindre complètement la diphtérie à Brévannes, où 1.800 enfants ont été hospitalisés depuis 3 ans. Elle a provoqué des incidents assez fréquents surtout chez les enfants de moins de 4 ans en état de primo-infection et chez les filles au moment de la puberté. Tous ces incidents ont été bénins et jamais la vaccination n'a déclenché de poussée évolutive de tuberculose.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

SÉANCE DU 11 JANVIER 1939.

Les principes actifs de l'Inula Hélénium et leur action hépatorénale. — M. J. CHEVALIER signale que l'Aunée, Inula Hélénium et ses préparations doivent leur activité à l'hélénine, lactone à noyau naphtalénique.

L'hélénine est actuellement utilisée comme antiseptique, modificateur des sécrétions bronchiques; les travaux de Chabrol ont montré qu'elle possédait une action cholérique intéressante; M. Chevalier indique que cette action due à son élimination par la bile s'accompagne d'une diurèse aqueuse, azoturique et déchlorurante, qu'il met en évidence chez les animaux et chez l'homme, et qui est également liée à son élimination par le rein. Cette diurèse n'est pas en rapport avec les modifications circulatoires, mais avec une action rénale.

Cette action excitante hépato-rénale peut être avantageusement utilisée chez les hépatiques qui présentent souvent de l'insuffisance rénale.

Essai clinique d'un nouvel antispasmodique de synthèse. — MM. ALBEAUX-FERNET et Ch. HENRY ont étudié les effets clinique de l'a-phénil-valérate du diéthylamino-éthanol (177 R. P.) antispasmodique de synthèse, réalisé par MM. P. Viaud, Ed. Suau et Mme F. Appell, dont la physiologie a été mise au point par M. Halpern.

Le 177 R. P. s'est avéré comme un antagoniste puissant de l'acétylcholine et du chlorure de baryum, agissant à la fois comme la papavérine et comme la belladone, sans toutefois provoquer les effets secondaires classiques de cet alcaloïde.

D'administration facile, le médicament est bien toléré en ingestion et par suppositoires. La voie parentérale est réservée aux malades couchés et urgents.

Les essais thérapeutiques ont été faits sur une centaine de malades fonctionnels : dyspeptiques, neurotonies digestives, etc., et sur 12 malades organiques en particulier : lithiases biliaires, ulcus digestifs.

Dans l'ensemble, les auteurs considérant l'importance des phénomènes spasmodiques en pathologie et l'avantage pour le praticien de disposer de plusieurs spasmolytiques jugent le 177 R. P. comme une thérapeutique intéressante à signaler.

Relation entre la constitution chimique de quelques sulfamides et leur action antistreptococcique et antigonococcique. — M. A. MOUNEYRAT et Mme MOUNEYRAT-HAMM ont étudié un certain nombre de dérivés de la sulfamide dans lesquels l'atome d'hydrogène du groupe NH^2, fixé sur le noyau benzénique de la para-amino-phénylsulfamide, a été remplacé par des restes acides de poids moléculaire élevé.

Expérimentalement, dans les streptococcies de la souris, la phénylbutylsulfamide s'est montrée aussi active que la para-amino-phénylsulfamide, le dérivé laurique est même plus actif, les autres dérivés sont moins actifs que la para-amino-phénylsulfamide, mais le pouvoir curateur de ces dérivés sulfamidiques dans les gonococcies, loin d'en être élevé, en est abaissé.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

SÉANCE DU 5 JANVIER 1939.

M. BOURGUIGNON transmet la présidence à M. MONIER-VINARD.

M. GARCIN remercie les membres de la Société qui l'ont nommé secrétaire général.

M. MOLLARET devient secrétaire général de la rédaction de la *Revue neurologique*.

Sur un cas héréditaire de sclérose tubéreuse avec phacomatose rétinienne, tumeurs de Kœnen et calcifications intracraniennes. — MM. Raymond GARCIN, Gabriel RENARD, Mlle S. HUGUET et P. CARON présentent une malade atteinte depuis l'enfance de crises comitiales, et qui porte des adénomes sébacés de la face, des plaques fibroïdes sur le thorax, des tumeurs péri-unguéales de Kœnen, et chez qui l'examen du fond d'œil montre une phacomatose rétinienne typique dont ils reproduisent l'image ophtalmoscopique. Les radiographies du crâne montrent des taches calcifiées, indice probable de spongioblastomes paraventriculaires. Le frère de la malade présentait les mêmes symptômes cutanés et succomba à un syndrome d'hypertension intracranienne. Il est rare de retrouver réunis chez un même sujet tous les stigmates jusqu'ici décrits dans ce type majeur des dysplasies neuro-ectodermiques qu'est la sclérose tubéreuse de Bourneville. Les auteurs rappellent brièvement les problèmes posés par ces neuro-ectodermoses congénitales, si complètement étudiées dans ces dernières années.

M. Lhermitte, M. Garcin pensent qu'un traitement radiothérapique peut être tenté en pareil cas.

M. Babonneix ne croit pas à son efficacité. Il insiste sur la valeur considérable de l'adénome sébacé pour le diagnostic.

Immobilisation soudaine d'attitude du membre supérieur, signe de localisation frontale. — M. J.-A. Barré (de Strasbourg), apporte deux nouveaux exemples d'un phénomène singulier qu'il a fait connaître en 1935 avec M. M. Klein.

Soudain, le membre supérieur est immobilisé à la phase du mouvement qu'il exécutait, sans que le malade, qui garde sa pleine conscience, puisse modifier en quoi que ce soit l'attitude de ce membre.

Il n'y a ni tremblement, ni contracture, ni paralysie; la motilité passive reste conservée; les réflexes tendineux ne sont nullement augmentés, mais plutôt diminués. Cette crise d'immobilisation dure quelques secondes ou de une à deux minutes au maximum dans les cas observés.

Dans deux des cas, ce phénomène, qui se différencie nettement de la préhension forcée de Janichewski, a constitué le premier et seul signe qui traduise le début d'une tumeur de la région pré-frontale. Ce fait lui confère donc une valeur pratique intéressante qui méritait d'être mise en lumière.

M. André Thomas établit une comparaison avec certaines crises jacksoniennes frustes. M. Lhermitte rapproche le phénomène de l'enrayage des mouvement qu'on observe souvent chez les parkinsoniens.

La catalepsie du vieillard et ses relations avec les lésions du cervelet. — MM. J. Lhermitte et Susic rappellent que la catalepsie est d'observation courante chez le vieillard, mais que ce sympôme mérite d'être précis du point de vue clinique et pathogénique. Chez un homme âgé de soixante-dix-huit ans, les auteurs ont étudié le phénomène de l'immobilisation cataleptique spontanée et provoquée, et ils montrent qu'il ne peut s'agir d'une suggestion, mais de la libération d'un mécanisme extra-pyramidal. Dans ce fait, l'étude histologique révéla l'existence d'une artério-sclérose profonde du cervelet, qui commandait des foyers multiples de ramollissement superficiel et des dévastations profondes entraînant la disparition d'une grande partie de la couche des grains et des cellules de Purkinjé. La catalepsie sénile comprend ainsi une variété cérébelleuse, qui rentre dans le cadre tracé par Babinski.

M. André Thomas commente et critique la notion de catalepsie cérébelleuse.

Syringomyélobulbie avec syndrome de Gerhardt. Rôle éventuel d'une rachianesthésie dans son étiologie. — MM. Georges Guillain et Charles Ribadeau-Dumas rapportent l'observation d'un homme de vingt-six ans, atteint d'une syringomyélobultie. Les troubles bulbaires consistaient surtout en signes laryngés, réalisant le syndrome de Gerhardt. D'autre part, le développement de l'affection après une rachi-anesthésie à la stovaïne permettait de discuter le rôle de celle-ci dans l'apparition du processus gliomateux.

Après M. Guillain, MM. de Martel, Bourguignon, André Thomas, Deron, J. Bertrand relatent des accidents graves survenus après la rachi-anesthésie.

Myélite nécrotique aiguë à forme pseudo-tumorale d'origine staphylococcique vraisemblable. — MM. H. Roger, Y. Poursines et J. Boudouresques (de Marseille), rapportent l'observation d'un malade chez lequel ils ont vu apparaître brutalement, après quelques jours de rachialgie, une paraplégie flasque complète avec anesthésie totale, rétention d'urines, escarres et fièvre. La radio du rachis était normale. Le liquide céphalo-rachidien contenait d'abord une grosse dissociation albumino-cytologique (4 grammes pour 6 lymphocytes), une une hypercytose à 133 leucocytes (dont 74 % de poly) avec 1 gr. 50, d'albumine et blocage incomplet au Queeckenstaedt; plus tard, 0 gr. 80 d'albumine pour un élément. A l'autopsie, il y avait un foyer massif de nécrose qui occupait toute la substance blanche de L^1, avec dégénérescence wallérienne, arachnoïdite et adhérence de la duremère aux corps vertébraux de D^{10} à L^1. Une poussée du furonculose avait immédiatement précédé la paraplégie.

REVUE DES THÈSES

ESSAI THÉRAPEUTIQUE D'UN EXTRAIT HÉPATO-GASTRIQUE INJECTABLE DANS LE TRAITEMENT DE DIFFÉRENTES ANÉMIES

Marcel Lombard. *Thèse, Nancy*, 1938
189 pages

Lombard, après voir fait un historique de l'hépatothérapie, s'attache à préciser les avantages de la voie parentérale dans le traitement des anémies. Après la méthode de Whipple, il insiste sur la gastrothérapie dont il décrit l'intérêt théorique et pratique en considérant surtout l'action d'un extrait injectable mixte, hépato-gastro-pylorique. Une étude expérimentale de ce dernier produit précède les données cliniques. Les 25 observations originales rapportées par l'auteur comportent chacune une étude hématologique soigneuse avec de nombreux graphiques et myélogrammes. Ces faits observés par différents cliniciens de Paris, Nancy, Montpellier, Bordeaux, Toulouse, Rabat (Maroc), portent sur les anémies crypto-génétiques, gravidiques, de type biermérien, post-hémorragiques gravidiques, toxiques, etc...

Il résulterait de cette étude que l'action de la préparation injectable hépato-gastrique est particulièrement heureuse. Dans 16 observations, la croissance hebdomadaire du taux des hématies a varié de 220.000 à 1.000.000. La stimulation de l'état général a été observée dans la plupart des cas et la conservation des résultats acquis paraît un fait notable. Des résultats négatifs ont été notés dans un cas d'anémie pseudo leucémique type Von Jacksh-Luzet, dans deux cas d'anémie benzolique.

Lombard pense que l'action thérapeutique est due à une excitation de la fonction hématopoïétique de la mœlle osseuse et il étend les indications de la méthode dont l'innocuité est absolue, aux anémies légères et moyennes.

Cette thèse documentée apporte une contribution au traitement des anémies en nous faisant connaître une méthode originale combinant les données de Whipple et de Castle et permettant l'introduction du principe anti-anémique par la voie parentérale.

NOTES POUR L'INTERNAT

OSTÉO-ARTHRITE TUBERCULEUSE DE L'ÉPAULE (1)

LE DIAGNOSTIC

doit être envisagé aux différentes étapes évolutives.

— *Au début*, et dans les formes atténuées, ce diagnostic est difficile. Il faut savoir attendre, mettre le malade en observation.

Les deux symptômes qui dominent le tableau clinique sont la gêne fonctionnelle et les douleurs.

Il faut avoir présente à l'esprit la possibilité :
d'ostéites névralgiques,
des douleurs ostéocopes de la syphilis,
de l'ostéomyélite chronique,
des ostéo-sarcomes,
des kystes osseux,
d'ostéites mycosiques,
d'angiomes juxta-artériels.

Mais dans tous ces cas, il n'y a pas d'arthrite vraie.

a) Lorsqu'il s'agit d'une arthrite de l'épaule avec douleurs, impotence, contracture..., on doit penser d'abord aux *arthrites légères*, hydortrosiques ou sèches.

Parmi les arthrites hydartrosiques, on pourrait penser au *rhumatisme articulaire*, mais il est rare de ne pas observer d'autres localisations simultanées.

Ou bien à une *lésion de nature gonococcique :* rechercher le contage récent ou ancien, recourir aux examens complémentaires (séro-réaction, gono-réaction) et faire au besoin l'épreuve thérapeutique.

L'arthalgie syphilitique n'est pas rare.

b) Devant une arthrite sèche au début, on peut invoquer un traumatisme ancien, un rhumatisme chronique; il y a cependant dans ces cas, moins de raideur, et d'atrophie, et pas d'adénopathie.

Particulière à l'épaule, la *périarthrite de Duplay* simule au début la scapulalgie. Cette inflammation chronique des bourses séreuses sous deltoïdienne, et sous acromiale détermine des douleurs dans la région de l'épaule, une atrophie du Deltoïde, et une limitation des mouvements, mais à l'origine on retrouve toujours un traumatisme (contusion, luxation de l'épaule) ou des micro-traumatismes répétés.

Les douleurs apparaissent surtout aux mouvements ou à la palpation au niveau des insertions du Deltoïde.

Il existe des crépitations sous acrominales pendant les mouvements. L'état général demeure excellent, la suppuration n'existe pas, et la radiographie ne montre aucune lésion osseuse. Le traitement par les agents physiques est suivi d'une rétrocession notable des symptômes.

Chez l'enfant, le problème diagnostique est sensiblement le même. Signalons cependant qu'il existe des hémartroses hémophiliques. On a décrit aussi chez l'enfant une *ostéochrondite de la tête humérale* qui se présente comme une arthrite de l'épaule évoluant sans grands troubles articulaires.

Epaule sèche, froide, modérément atrophiée, sans adénopathie, sans grande gêne fonctionnelle.

La radio , très particulière, à une certaine étape de l'évolution montre une fragmentation du noyau épiphysaire de la tête sans grande décalcification.

Certaines lésions osseuses juxta-articulaires donnent parfois l'impression d'une ostéo-arthrite.

La Radio vient rectifier ce diagnostic et pose parfois une indication opératoire. Tel est le cas d'une ostéite localisée au trochiter justiciable du curettage osseux.

— *A la période d'état*, l'aspect beaucoup plus caractéristique permet seulement d'hésiter avec certaines arthrites infectieuses, non pas celles qu'on observe au cours de septicémies évidentes, mais par exemple au cours d'une blennorragie passée à l'état chronique, ou cours d'une syphilis.

— *A la période des abcès.* La scapulalgie est tellement évidente que le diagnostic se fait à la seule inspection. On pourrait cependant être parfois amené à éléminer une lésion particulière à l'épaule : l'hygroma-séreux sous deltoïdien, ou bien les lésions tuberculeuses suppurées juxta-articulaires : ostéïte de la grosse tubérosité avec abcès.

— *A la période des fistules :* penser à l'ostéomyélite ouverte subaiguë ou chronique.

Aussi, sauf au début, le diagnostic est facile. Mais, même à cette période initiale, avec un examen local méthodique, l'étude des antécédents, la recherche d'autres foyers tuberculeux, la cuti-réaction, chez l'enfant, et surtout les radios successives, on a toutes les chances de parvenir au diagnostic et d'instituer précocement un traitement correct.

Le traitement, dans ses grandes lignes, est celui de toute tuberculose ostéo-articulaire :

Traitement général et climatique, cure hélio-marine ou de montagne, repos, diététique, héliothérapie.

Traitement local. — C'est à la base un *traitement immobilisateur* qui sera tantôt l'élément exclusif, tantôt un traitement d'attente avant la résection.

Il s'agit d'une immobilisation plâtrée par un appareil thoraco-brachial et antibrachial, maintenant le membre dans la position suivante :

Abduction 70°
Extension 15°
Rotation interne 40°
Avant bras fléchi à 90°, main soutenue, pouce en haut.

La résection a de nombreuses indications. *La scapulalgie de l'adulte*, en effet, ne guérit spontanément que dans un certain nombre de cas, et elle récidive souvent.

Pour éviter de telles complications on aura recours à la résection de l'épaule, qui est une opération facile, rapide, efficace, lorsqu'elle est pratiquée avant l'amyotrophie complète du deltoïde.

Elle donne alors un résultat excellent, avec une épaule solide et mobile.

Elle est indiquée quel que soit l'âge dans les formes infectées, où le pronostic lésionnel est grave.

J. REIGNIER.

(1) Fin. — Voir *Gaz. Hôp.* 1939, n° 25, page 433 ; n° 27, page 466 et n° 29, page 502.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le dadon en thérapeutique (30 ans de recherches), par le Dr P.-E. MORHARDT, édité par les laboratoires Virac, 110, bd. Haussmann, Paris 8e.

Le livre du diabétique (Hygiène, régime, traitement) par M. Louis CAILLON, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. Un volume de 184 pages. Prix : 15 fr. Collection « Le livre du malade ». Maloine, éd., Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

A renvoyer immédiatement au GUIDE ROSENWALD, 99, rue d'Aboukir, PARIS (2e)

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le GUIDE ROSENWALD 1939, qui vient de paraître, sera remis gratuitement aux Confrères praticiens exclusivement sur présentation de leur carte, 99, rue d'Aboukir, Paris-2e, jusqu'au 31 mai 1939.

Port à domicile par poste recommandée, 6 fr. 50 (en timbres ou en versement au C.C.P. Paris 405-75

Nom et prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... Décorations : ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

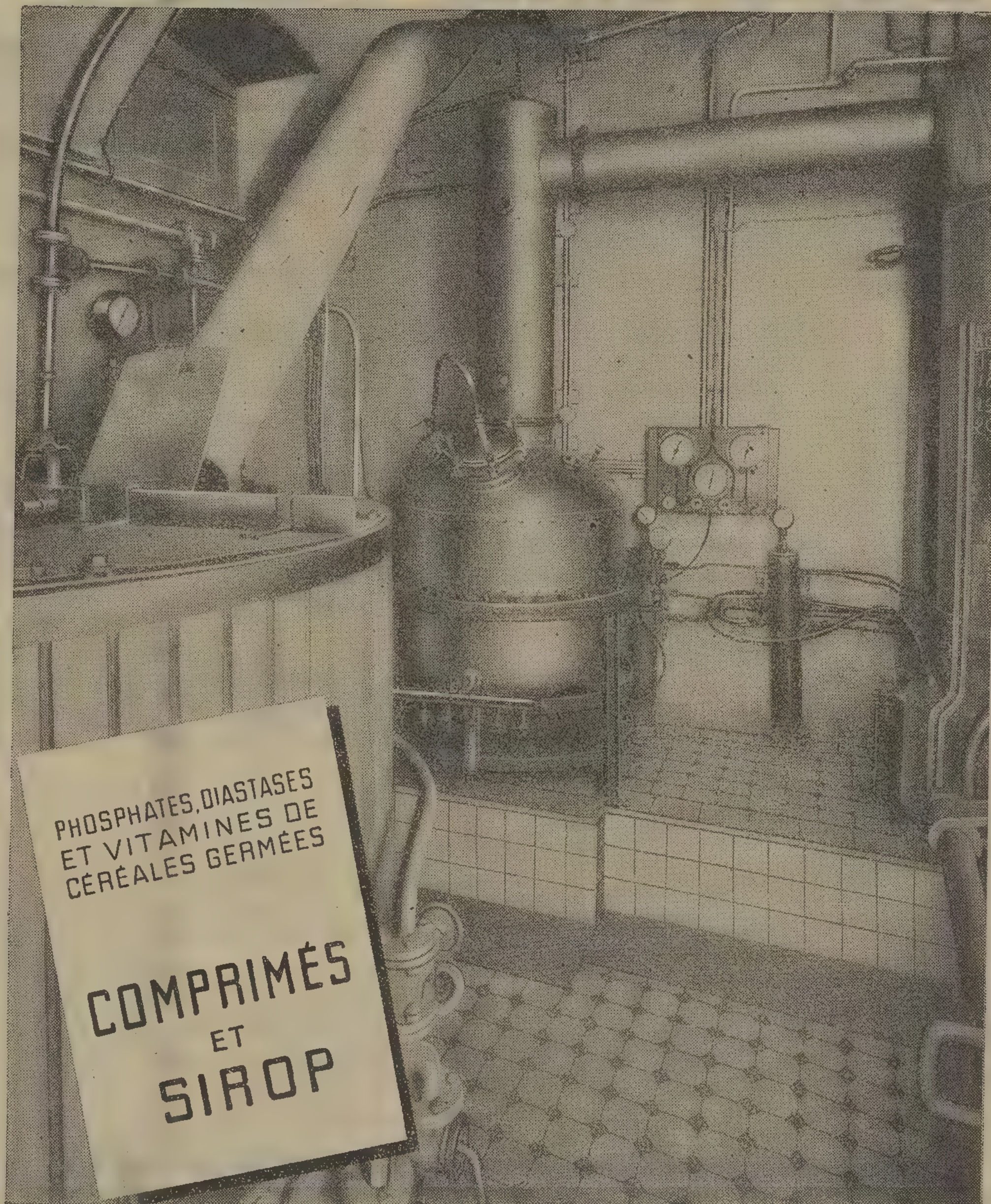
Jours et heures de consultations : .... N° de téléphone : ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur : (1) ....

Date et signature :

(1) Ces deux renseignements, utiles au contrôle, ne sont pas publiés.


PHOSPHATES, DIASTASES
ET VITAMINES DE
CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
ET
SIROP

N° 32. — SAMEDI 22 AVRIL 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.

La syphilis de la trachée et du système bronchique principal, par MM. Pierre MOUNIER-KUHN et Louis DURY.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société de biologie. — Société des chirurgiens de Paris.

PRATIQUE MÉDICALE.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.* — Jury : MM. Terrien, Poulard, Bourdier, Bollack, Hartmann, Etienne Bernard et Cunéo.

— *Internat concours spécial.* —Brévannes, Garches, Ste-Périne, Hendaye.

Lecture des copies : MM. Postel-Vinay, 20 ; Mlle Rémond, 22 ; Mlle Spach, 25 ; Landau, 17 ; Comte, 15 ; Coeilliez, 16 ; Alhomme, 18 ; Sriber, 27 ; Tronc, 18.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Labry.

Ministère de la Santé Publique. — *Inspection départementale d'hygiène.* — M. le docteur Villiet, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Dordogne, a été affecté sur sa demande dans le département de la Haute-Garonne.

M. le docteur Frealle, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Meuse, a été affecté dans le département du Nord.

M. le docteur Violet a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du département de l'Isère.

M. le docteur Lavoine a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Loiret.

Mlle le docteur Lafond a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône.

Mlle le docteur Regnault a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Nord.

Mlle le docteur Solente a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados.

M. le Docteur Dufour a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Bouches-du-Rhône.

M. le docteur Olle a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Tarn-et-Garonne.

Mlle le docteur Guy a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Pas-de-Calais.

M. le docteur Jaujou a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Corse.

M. le docteur Bapt a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Hautes-Alpes.

M. le docteur Delecourt a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Nord.

Mlle le docteur Mosser a été nommée inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Vosges.

M. le docteur Eckert a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Marne.

M. le docteur Cordoliani a été nommé inspecteur adjoint départemental d'hygiène de la Corse.

M. le docteur Pelippeau a été nommé inspecteur départemental de l'Isère.

Centre de liaison des œuvres d'entr'aide médicale. — Les délégués des œuvres d'entr'aide médicale se sont réunis récemment en assemblée plénière. Etaient représentées : Association des Médecins de la Seine, Association Générale, Société Centrale, Lagoguey, Concours, Mutualité Familiale, Confraternelle, Maison du Médecin, F.E.M., Femmes-Médecins, Externes, Médecins du Front, Médecine et Famille, Allocations Familiales, Nord Médical.

Après avoir pris connaissance d'une brochure de renseignements et de propagande qu'il vient d'être éditée, les délégués ont émis le vœu que cette brochure soit présentée et distribuée aux confrères, par les diverses Sociétés médicales, lors de leur assemblée annuelle.

Demander la brochure de renseignements au Centre de liaison des Œuvres d'entr'aide médicale, 60, boulevard de Latour-Maubour, Paris (7e).

Prix Amerongen. — La ligue française contre le cancer a attribué le prix « Amerongen » (100.000 frs) au professeur A.-H. Roffo, directeur de l'Institut de Médecine Expérimentale pour l'étude et le traitement du cancer, de l'Université de Buenos-Aires (République Argentine) pour son mémoire sur le : « développement de tumeurs malignes — carcinomes et sarcomes — par l'ingestion d'aliments ». Le prix Amerongen a été destiné par son fondateur, à récompenser le travail permettant d'affirmer de façon certaine que les aliments conservés ou chimiques ont ou n'ont pas d'influence sur la genèse du cancer.

Il sera décerné au cours de l'assemblée générale de la ligue française contre le cancer, à la Faculté de Médecine, le 16 mai 1939.

Prix Chauvin (oto-rhino-laryngologie). — Il est rappelé que le prix Chauvin, d'une valeur de 6.000 francs, sera attribué lors du Congrès de la Société française de Laryngologie, en octobre 1939.

Le jury, réuni sous la présidence du docteur Le Mée, laryngologiste des hôpitaux de Paris, a choisi comme sujet : *La sinusite maxillaire d'origine dentaire.*

Les mémoires devront être envoyés le 15 juillet 1939 (dernière limite). Pour tous renseignements, s'adresser à M. Chauvin, docteur en pharmacie, Aubenas (Ardèche).

COURS

Les lundis urologiques de cochin à la clinique Guyon. — (Hôpital Cochin), 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 27. Professeur : M. Maurice Chevassu.

A partir du 1er *mai* 1939, un urologue de Paris, de province ou de l'étranger, sera invité à faire à la clinique Guyon, le *lundi*, de 11 heures à 12 *heures*, une leçon originale sur un sujet choisi par lui.

Avant cette leçon, de 10 *heures* à 11 *heures*, le professeur Maurice Chevassu présentera les malades, les explorations, les radiographies, les pièces ou les faits particulièrement intéressants observés à la clinique pendant la semaine précédente.

1er mai. — Dr Gouverneur, chirurgien de l'hôpital Necker : *Diagnostic et traitement des contusions du rein.*

8 mai. — Dr Fey, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière : *Variations de forme et de volume des cavités rénales.*

15 mai. — Pr Gayet, professeur honoraire de clinique urologique à la faculté de médecine de Lyon : *Calculs de l'extrémité inférieure de l'uretère.*

22 mai. — Dr Louis Michon, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis : *Traitement conservateur des hydronéphroses.*

5 juin. — Dr Heitz-Boyer, agrégé, chirurgien honoraire de l'hôpital Lariboisière : *La maladie diverticulaire de la prostate.*

CONGRÈS

Union internationale contre la Tuberculose. — La XIe Conférence de l'Union internationale contre la Tuberculose, dont le Secrétariat permanent est à Paris, 66, boulevard Saint-Michel (secrétaire général, professeur Fernand Bezançon), se réunira à Berlin du 16 au 20 septembre 1939, sous la présidence du docteur Otto Walter. La discussion sera limitée à trois sujets principaux : Thème clinique : *Le problème de la virulence du bacille de Koch.* Rapporteurs généraux : Dr A. Boquet (France) et Dr A. Saenz (Uruguay). — Thème biologique : *L'intérêt des examens systématiques pour le dépistage de la tuberculose chez les sujets de plus de quinze ans.* Rapporteur général : Dr H. Braeuning (Allemagne). — Thème social : *La réadaptation des tuberculeux au travail.* Rapporteurs généraux : Sir Pendrill Varrier Jones (Grande-Bretagne) et Dr E. Bachmann (Suisse).

Le Comité d'Organisation de la Conférence a préparé un très beau programme de réceptions et d'excursions.

Les membres de l'Union internationale sont invités à la Conférence et sont exemptés de tous frais d'inscription.

Les personnes qui ne sont pas membres de l'Union et qui désirent s'inscrire comme « membres de la Conférence » doivent envoyer leur demande, accompagnée d'une cotisation de 20 reichsmarks (environ 300 francs français), exclusivement par l'intermédiaire du Comité national de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Les membres de la famille des congressistes pourront jouir des mêmes avantages que les membres régulièrement inscrits en payant une cotisation de 12 reichsmarks.

Les congressistes non allemands bénéficieront d'une réduction de 50 % sur le tarif des chemins de fer allemands.

Mariage. — Le mariage de M. Paul Le Sourd, fils de notre directeur et de Madame François Le Sourd, avec Mademoiselle Marcelle Hugot, fille de Monsieur et Madame Hugot-Gratry, sera célébré le samedi 29 avril 1939, à midi précis, en l'église Notre-Dame de l'Assomption (88, rue de l'Assomption XVIe).

Cet avis tient lieu de faire part.

REVUE GENERALE

LA SYPHILIS DE LA TRACHÉE ET DU SYSTÈME BRONCHIQUE PRINCIPAL

Par MM. Pierre MOUNIER-KUHN et Louis DURY
(de Lyon)

Au moment où l'endoscopie trachéo-bronchique entre dans la technique quotidienne et devient une méthode d'exploration de plus en plus demandée par les internistes, nous croyons intéressant de réunir en une revue générale d'actualité de nombreux documents épars dans la littérature médicale sur la syphilis des bronches et de la trachée.

Nous limitons évidemment cette étude aux localisations de la syphilis sur le segment de l'arbre trachéo-bronchique accessible à l'endoscopie. Ainsi, laissons-nous de côté les bronchites chroniques syphilitiques et la syphilis bronchiectasiante, qui appartiennent aux formes bronchiques de la syphilis pulmonaire.

HISTORIQUE

La confusion régna pendant longtemps entre tuberculose, cancer et syphilis des voies respiratoires. Leur localisation à la trachée ne faisait pas exception et la thèse de CAYOL (Paris, 1810) en fournit un exemple : les observations qu'elle contient sur « la Phthisie trachéale » sont sans doute d'étiologie variée, syphilitique aussi bien que tuberculose (F.-J. COLLET).

Assez tôt, cependant, la notion de la syphilis trachéale se dégagea et peu après le milieu du XIXe siècle, CHARNAL consacrait sa thèse aux lésions alors les plus fréquentes : les rétrécissements syphilitiques de la trachée (Paris, 1859) — Sur le même sujet, J. BOECKEL apportait peu après de nouvelles observations (1863). Puis LANCEREAUX publia une importante leçon sur la syphilis des voies respiratoires (1882). Le *Nouveau Dictionnaire de médecine* et le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales* publiaient à la même époque de courtes mais substantielles monographies consacrées à la syphilis de la trachée (L. DUBAR ; CLERMONT).

Mais c'est vraiment Ch. MAURIAC qui, en 1889, le premier individualisa la syphilis trachéale, en décrivit les formes phagédéniques et montra son association fréquente avec le tertiarisme laryngé. Depuis, les observations isolées se sont multipliées, on les trouvera indiquées à la bibliographie, mais on ne rencontre plus guère d'étude d'ensemble jusqu'à la communication de KOHLER (Berlin, 1911) et le chapitre de SCHIFFERS dans le Traité pratique d'O.R.L. (1920).

A la période contemporaine, avec les progrès et la vulgarisation de l'endoscopie, le diagnostic est plus précoce et l'on apprend à mieux connaître les formes de début de la syphilis trachéale.

La syphilis acquise et la syphilis héréditaire seront envisagées successivement. Pour la syphilis acquise, nous étudierons surtout les accidents tertiaires. En effet, si le chancre du larynx est une localisation possible quoique exceptionnelle de l'accident primitif, le chancre des voies respiratoires sous-jacentes n'existe pas à notre connaissance.

Quant à la syphilis secondaire, elle n'a été que rarement constatée. Elle offre beaucoup moins d'intérêt que la syphilis tertiaire. Cliniquement, elle fait le plus souvent partie d'un tableau de syphilis secondaire laryngée qui la masque complètement (Pr. SERGENT). Elle se manifeste par une toux persistante, une sensation de picotement, de sécheresse, d'étreinte douloureuse rétrosternale (A. BLOCH et A. SOULAS). Nous n'en avons trouvé que deux cas dans la littérature récente : dans l'un, il s'agissait d'une trachéite érythémateuse avec rougeur de la glotte et de la trachée ; le malade fut guéri par le mercure (SIEMS). Dans l'autre, la bronchoscopie a décelé des plaques muqueuses analogues à celles de la bouche (MYERSON). Mais il est certain qu'à l'avenir, la bronchoscopie systématique la montrera plus fréquente puisque L.-A. CONNOR sur 128 cas de syphilis trachéale en aurait observé 108 à la période secondaire.

Anatomiquement, LANCEREAUX (1891) dit que la syphilis secondaire peut s'étendre du larynx à la trachée et aux bronches donnant des éruptions superficielles semblables aux éruptions cutanées avec hyperémies disséminées de la muqueuse, taches rouges violacées avec exsudat légèrement saillant, disparaissant sans laisser de trace. C'est aussi l'opinion de HOMMEL.

A. BLOCH et A. SOULAS indiquent qu'on peut constater à l'endoscopie « soit l'érythème rouge vermillon, soit des plaques muqueuses opalines à liseré rouge, soit enfin des condylomes dont le siège de prédilection serait la région sous-glottique ou la région de l'éperon sur leur paroi postérieure ».

Cette syphilis secondaire peut être importante à déceler quand elle existe isolément, si la notion de chancre est connue. Elle favoriserait la localisation du tertiarisme et de la tuberculose (SERGENT).

***

SYPHILIS TERTIAIRE

Etiologie. — La syphilis tertiaire est beaucoup plus fréquemment observée que la syphilis secondaire. Elle constitue, cependant, quand elle atteint la trachée et les bronches, une localisation rare de la syphilis viscérale. La bronchoscopie permettra sans doute d'en découvrir des cas plus nombreux qui, jusqu'à maintenant, passaient inaperçus ou n'étaient pas rattachés à leur cause véritable ou encore n'étaient diagnostiqués que *post-mortem.*

Au point de vue endoscopique, la syphilis trachéobronchique représente un pourcentage infime. SOULAS n'en a vu que 2 ou 3 cas sur plusieurs milliers de malades et MOUNIER-KUHN un seul sur plus de 500 sujets bronchoscopés dans un but diagnostique.

Si l'on compare le larynx, la trachée et les bronches, on constate que le larynx est plus souvent touché que la trachée par le tréponème et que les bronches sont moins souvent atteintes que la trachée. D'après SCHIFFERS, le rapport de l'atteinte de la trachée et du larynx serait 4/17. MORELL-MACKENSIE n'a rencontré que 3 fois la syphilis trachéale sur 1145 cas de syphilis des voies respiratoires supérieures. Par contre, la syphilis est de l'avis général *la cause la plus fréquente* de sténose trachéale. Elle serait deux fois plus fréquente que le cancer (FRAENCKEL) et AVERENS la place avant le cancer, le sclérome et la tuberculose dans les causes de sténose de la trachée. De toute la trachée, c'est la partie inférieure du conduit qui est le siège le plus fréquent des lésions. C'est du moins la règle quand la syphilis trachéale est isolée et constitue la seule manifestation tertiaire des voies aériennes. Mais habituellement, la trachée est atteinte en même temps que le larynx : les lésions siègent alors dans sa portion initiale et perdent leur individualité clinique.

De même les lésions bronchiques sont souvent secondaires à une syphilis laryngée ou trachéale.

Certains auteurs assurent que l'homme est plus souvent atteint que la femme (RETROUVEY ; SCHIFFERS). En réalité, il ne semble pas que l'un des sexes soit plus épargné que l'autre. Voici le relevé de 58 observations récentes que nous avons colligées dans la littérature : hommes, 26 ; femmes, 29 ; sexe non indiqué, 3.

C'est entre 30 et 50 ans que la syphilis tertiaire atteint le plus fréquemment la trachée et les bronches. Elle peut cependant se manifester plus tôt et les sujets plus âgés n'en sont pas exempts. Tout dépend des facteurs habituels de la chronologie générale des accidents tertiaires.

La localisation sur les conduits aériens peut être très précoce : MONDOLFO dit même 4 à 6 ans après l'accident primitif. Parmi les causes favorisantes, on a signalé le port d'une canule trachéale, les cicatrices de trachéotomie, et, bien entendu, toutes les causes, professionnelles ou non, d'irritation trachéale chronique.

Anatomie pathologique. — Elle ne présente pas d'autre intérêt que la localisation à une portion des voies respiratoires située en plein médiastin.

C'est *l'infiltration gommeuse circonscrite* qui est la plus fréquente. Elle peut être étendue ; HALLE rapporte un cas où la trachée et les bronches étaient littéralement farcies de gommes ; CORNELLI un autre cas où il y avait une infiltration gommeuse du larynx et de toute la trachée. Mais, en général, l'infiltration gommeuse est plus localisée, réalisant une tuméfaction plus ou moins étendue en hauteur. Cette intumescence rétrécit le calibre du conduit aérien. L'infiltration est annulaire, prédominant sur une des faces. La tumeur syphilitique peut être encore indurée, lisse, à contours assez bien définis, ou bien déjà bourgeonnante recouverte d'ulcérations.

Quelquefois, c'est à des *ulcérations* qu'on a affaire : ulcération isolée ou ulcérations multiples. Ce sont alors le plus souvent des gommes ulcérées. L'ulcération tertiaire a un fond grisâtre et ses bords sont nets, taillés à pic, proéminents.

Plus rarement, c'est une *infiltration diffuse*, mamelonnée de la muqueuse, non gommeuse, avec épaississement considérable des parois du conduit aérien. Il s'agit dans ce cas d'un syphilome (BARBERA) comme on en observe si souvent au larynx.

Les *cartilages* et les *ganglions trachéo-bronchiques* sont souvent atteints — d'où formation de sequestres cartilagineux qui peuvent être expulsés dans une secousse de toux, ou bien fistulisation d'un abcès ganglionnaire dans la trachée. Toutes ces lésions non traitées ou traitées trop tardivement peuvent aboutir à la formation d'un *rétrécissement cicatriciel* que connaissaient bien les anciens auteurs. Le calibre du conduit aérien est diminué par un diaphragme gris blanchâtre, nacré, annulaire, circonscrivant un orifice réduit parfois à 3 ou 4 mm. de diamètre. Ou bien ce sont des formations cicatricielles pariétales, d'aspect étoilé le plus souvent. Cet aspect est très caractéristique du rétrécissement syphilitique. Il est dû au fait que la rétraction du tissu de cicatrice est favorisé par la destruction du squelette cartilagineux trachéo-bronchique.

Inversement, cette destruction crée des zones de moindre résistance dans la paroi trachéale. Lorsque la lésion initiale siège au début de la trachée, il peut se développer une pneumatocèle « de faiblesse » dans les mois qui suivent la cicatrisation (CORNELI). La trachéocèle peut même apparaître comme primitive (S. CUNÉO).

Symptomatologie. — La syphilis tertiaire de la trachée et des bronches est loin de réaliser toujours un tableau clinique bien défini. A côté de formes à manifestations symptomatiques bruyantes où se reconnaît le syndrome d'obstruction trachéo-bronchique, il y a des formes larvées à allure de pneumopathie, des formes aggravées ou révélées par une fistule avec un organe de voisinage.

I. — Forme sténosante classique. — Le plus souvent cependant, c'est en présence d'un syndrome de sténose trachéale qu'on se trouve. Cette sténose évolue en général assez rapidement et passe classiquement par les trois phases : d'irritation, de sténose, et de suffocation (RETROUVEY).

Il y a au début une *période d'irritation* plus ou moins nette, se traduisant par une bronchite avec gêne respiratoire et dyspnée légère. Les secousses de toux expulsent quelques mucosités. Le malade ressent une gêne à la base du cou, sans douleur proprement dite. Cette phase d'irritation peut ne se manifester que par dyspnée d'effort : alors que le malade semble tout à fait bien portant, le moindre effort le rend anhélant, provoque une crise dyspnéique soudaine et en apparence inexplicable.

Cette période prémonitoire où les signes fonctionnels attirent seuls l'attention sur l'appareil respiratoire est de courte durée. Souvent, elle passe inaperçue et le malade se présente d'emblée avec des *signes de sténose*. La toux est fréquente. Elle prend dans certains cas un timbre particulier sur lequel GAREL a depuis longtemps attiré l'attention : c'est une toux aboyante, à retentissement spécial, quinteuse, prolongée, avec reprise inspiratoire sonore. Le malade rejette des mucosités ou du mucopus. L'expectoration d'abondance variable se teinte parfois de sang. Elle est très souvent fétide et peut contenir des débris cartilagineux nécrosés. La respiration est modifiée. Il s'agit d'une dyspnée à la fois inspiratoire et expiratoire ; la gêne est souvent plus marquée à l'inspiration qui devient plus longue que l'expiration. Le rythme respiratoire est ralenti : c'est une bradypnée. Le cornage est fréquent (SCHIFFERS) : un ronflement sonore d'intensité variable perçu de loin ou seulement par l'auscultation de la trachée accompagne l'entrée ou la sortie de l'air. Ce caractère à la fois inspiratoire et expiratoire le différencie du cornage laryngé. Le tirage varie avec l'importance de la sténose et avec son siège. Il n'a pas l'intensité de celui de la dyspnée laryngée. L'aspiration des creux sus-claviaires et des espaces inter-costaux est moins marquée, souvent à peine visible quand la sténose est bas située.

L'auscultation ne révèle pas de modifications importantes : respiration rude et râpeuse. Les malades se plaignent parfois d'une dysphagie plus ou moins douloureuse résultant de l'élongation de la trachée au cours de l'ascension du larynx dans les mouvements de déglutition.

Sur ce fond de dyspnée continue apparaissent des *accès de suffocation avec dyspnée intense et cyanose.* Ces accès se rapprochent. Ils n'ont pas d'horaire fixe, mais sont fréquemment nocturnes (*type asthmatiforme*). Ils peuvent par leur intensité entraîner la mort. Ils obligent souvent à pratiquer une trachéotomie d'urgence qui s'avérera d'ailleurs parfois inopérante. Ces accès de suffocation et la dyspnée ont quelques caractères particuliers qui permettent de les différencier de la dyspnée laryngée. Le larynx reste immobile. Il n'est pas aspiré vers la base du cou. Au

cours de la crise dyspnéique, le malade a la tête penchée en avant, le menton abaissé sur la poitrine, alors que dans la dyspnée laryngée la tête est rejetée en arrière, le cou en extension. Entre les accès, la voix n'est pas modifiée, elle est seulement affaiblie mais elle a conservé toute sa clarté.

Telle est la symptomatologie de la sténose trachéale ou des sténoses intéressant la bifurcation bronchique ou l'origine d'une bronche-souche.

II. — Formes simulant la tuberculose ou le cancer. — Dans quelques cas, le malade se présente comme un pulmonaire. Le plus souvent, il est pris pour un tuberculeux ou un bronchitique chronique. C'est l'augmentation de la dyspnée, de l'expectoration qui peut devenir striée de sang, l'aggravation de l'état général qui attirent l'attention ; ou plutôt c'est le désaccord entre ces signes inquiétants rapidement progressifs, et les signes pulmonaires minimes. L'examen des crachats reste négatif. Tout cela fait penser à une atteinte de la trachée et des bronches et doit faire demander un examen direct.

Quand le malade a passé l'âge moyen de la vie, c'est au cancer trachéal ou bronchique que l'on pense. Là encore, seule l'endoscopie pourra fournir les arguments décisifs.

Il y a des *formes hémoptoïques* de la syphilis trachéo-bronchique (CORDIER et MOUNIER-KUHN ; MYERSON ; MARX). L'hémoptysie est unique ou répétée, d'abondance variable, elle peut être le seul symptôme révélateur de l'affection, simulant à s'y méprendre une hémoptysie tuberculeuse. Mais rien dans le reste de l'examen ne permet de penser qu'il s'agisse de tuberculose. On ne doit plus omettre, maintenant, la possibilité d'une syphilis trachéale ou bronchique devant une hémoptysie qui ne fait pas sa preuve.

III. — Formes fistulisées. — La syphilis tertiaire méconnue peut envahir assez rapidement, dans quelques cas, en même temps que la trachée et les bronches, les organes voisins. Ainsi se produisent des fistules qui mettent en communication le conduit aérien avec ces organes, et peuvent éventuellement constituer le signe révélateur de la lésion trachéo-bronchique.

1° *Les fistules trachéo-œsophagiennes et broncho-œsophagiennes* sont les plus fréquentes bien qu'elles soient extrêmement rares, comparées à celles dues à d'autres causes.

LUKENS et ONO ne relèvent que 12 cas, dans toute la littérature médicale de *fistules trachéo-œsophagiennes*, de nature syphilitique (1934).

Mais en 1935, BAZY et CHÈNE, à propos d'un cas personnel rappellent que MANGABEIRA ALBERNAZ n'en a trouvé que 3 cas sur 74 cas de fistules œsophago-trachéales, ce qui porterait d'après eux à 5 au total le nombre des fistules authentiquement syphilitiques : les trois cas de la statistique de MANGABEIRA ALBERNAZ, son cas personnel et le cas de BAZY et CHÈNE. MANGABEIRA ALBERNAZ les place très loin, quant à leur fréquence derrière les fistules de nature congénitale (35 %) et cancéreuse (29 %). Elles sont moins fréquentes que les fistules par corps étranger.

Quant aux *fistules broncho-œsophagiennes*, BARRUT (Thèse de Lyon, 1935), sur 104 cas de fistules, on trouve 52 cancéreuses, 18 tuberculeuses, 10 traumatiques, 4 congénitales et 2 seulement syphilitiques (les autres étant dues à des causes diverses). Une de ces observations est due à PÉCO : il s'agissait d'une gomme de la bronche droite. L'autre est celle de MANGABEIRA ALBERNAZ : la communication existait entre les deux bronches et l'œsophage.

On connaît la symtomatologie de ces fistules : disphagie élective pour les liquides dont l'absorption s'accompagne sur le champ de quintes de toux violentes et de rejet de la boisson absorbée. Le passage du liquide dans les voies respiratoires peut s'accompagner de suffocation, de cyanose et même de perte de connaissance. Le début par les phénomènes respiratoires ou œsophagiens permet parfois de penser à une atteinte primitive de l'arbre respiratoire ou de l'œsophage. Nous soulignerons que ces fistules syphilitiques ont, dès le début, une symptomatologie bruyante qui s'explique par l'importance de la communication et la rapidité évolutive des lésions alors qu'il n'en est rien dans les fistules tuberculeuses. De même l'état général est moins touché, mis à part les complications, que dans les fistules cancéreuses.

2° *L'ouverture dans un vaisseau* peut se voir également, STRUMPF (1912) rapporte un cas de perforation trachéale dans l'aorte, au cours d'une trachéite gommeuse ulcérée. Le malade, dont la trachée portait plusieurs ulcérations, avait eu des hémoptysies répétées. Une des ulcérations s'étendit à l'aorte et provoqua une hémoptysie mortelle.

FRAENKEL dit qu'on peut observer des ulcérations dans la veine cave supérieure et dans le tronc brachio-céphalique.

GANTZ a observé une fistulation spontanée externe de la trachée : une gomme sternale s'était ouverte à la peau et dans la trachée. Du pus s'écoulait par l'orifice cutané à chaque secousse de toux. VIRGILI a vu une gomme de la trachée se fistuliser dans la région cervicale antérieure.

IV. — Formes d'après la localisation. — La localisation en hauteur sur l'arbre respiratoire donne des caractères particuliers à la syphilis trachéo-bronchique.

Nous avons vu déjà que la localisation, haute ou basse sur la trachée, de la sténose modifie les signes fonctionnels. La dyspnée de type trachéal est l'apanage des sténoses bas situées, près de la bifurcation bronchique ; les sténoses plus hautes prennent au contraire des caractères qui les apparentent à la sténose laryngée. Lorsque la syphilis trachéale évolue dans l'ombre de la syphilis laryngée, elle peut même passer cliniquement inaperçue : c'est le cas des lésions hautes de la trachée associées à la syphilis laryngée (REBATTU et MOUNIER-KUHN).

Si la sténose siège sur une bronche de 1er ou de 2e ordre, les signes peuvent être discrets. Aux signes fonctionnels d'irritation bronchique s'ajoute seulement dans quelques cas, une obscurité respiratoire dans le territoire pulmonaire correspondant (REINHARD). S'il s'agit d'une bronche-souche, l'obstruction se manifeste par une atélectasie pulmonaire plus nette, un foyer pneumonique, ou même des signes de suppuration broncho-pulmonaire subaiguë.

V. — Formes associées. — Il nous paraît indispensable de souligner la fréquence des lésions tertiaires multiples atteignant la trachée et un organe voisin :

association larynx et trachée qui est presque la règle pour les lésions hautes du conduit trachéal ;

association trachée-bronche (REINHARD) ;

association trachée-aorte et médiastin (MONDOLFO).

Parfois la lésion trachéale est consécutive à la fonte d'une gomme ganglionnaire qui peut s'ouvrir à la fois dans la trachée et l'œsophage (GOT).

Dans d'autres cas, il n'y a pas à proprement parler de lésions trachéales : la sténose est extrinsèque et

résulte de la compression exercée par des lésions syphilitiques de voisinage :

thyroïdite ligneuse (AUBRIOT) ;
volumineuse adénopathie trachéo-bronchique (STUPKA) ;
médiastinite avec aortite (KREUZWENDEDICH).

Evolution et pronostic. — Le pronostic du tertiarisme trachéo-bronchique est toujours sévère. La raison en est dans la fréquence des formes sténosantes et la rapidité avec laquelle se constitue la sténose syphilitique, difficile à soulager par la trachéotomie en raison de la situation basse du rétrécissement. La mort n'est pas rare dans une crise de suffocation avant qu'on ait pu intervenir.

LAFRENZ indique 50 % de mortalité rapide après les premières constatations cliniques. La guérison reste donc possible, même dans les formes sténosantes, grâce à un traitement spécifique suffisamment énergique aidé dans quelques cas d'une intervention sur la lésion. Tout peut rentrer dans l'ordre. Le conduit aérien peut retrouver une perméabilité suffisante pour assurer l'hématose. Mais quelquefois, une sténose cicatricielle se forme : abandonnée à elle-même, elle devient de plus en plus serrée et se complique bientôt d'infection broncho-pulmonaire. Cette sténose peut également être la cause de dilatations bronchiques (FRAENKEL), lorsque la bronche lésée est de petit calibre.

Les fistulisations avec l'œsophage ont une évolution plus grave encore à cause de l'infection pulmonaire à peu près inévitable et presque toujours d'allure gangréneuse.

Diagnostic. — Nous avons vu combien les formes cliniques de la syphilis trachéo-bronchique sont variables, et somme toute peu caractérisées. C'est donc dans des conditions très différentes que le diagnostic se pose. Il est le plus souvent difficile et se présente comme un diagnostic d'exclusion. Aussi, est-il à peu près impossible d'établir rigoureusement un diagnostic positif de syphilis trachéo-bronchique. En dehors des signes fonctionnels que nous avons exposés, pour préciser ce diagnostic positif il faudra recourir à l'examen radioscopique avant et après injection de lipiodol (JACOD), à l'endoscopie, à l'examen histologique des fragments prélevés.

Diagnostic différentiel. — 1°) le cas le plus habituel est celui où le malade se présente avec un syndrome dyspnéïque de sténose respiratoire. Ce sont alors les autres causes de rétrécissement qu'il faut éliminer. Mais seulement, après s'être assuré que la dyspnée d'effort n'est pas due à une lésion cardiaque ou pulmonaire, qu'il n'y a pas de lésion de l'oropharynx ou du larynx.

A propos du larynx, il convient de rappeler à nouveau que le diagnostic de lésions laryngées tertiaires ne doit pas faire exclure la possibilité d'une atteinte trachéale concomitante. A plus forte raison, en est-il ainsi, lorsque la trachéotomie n'a pas apporté la sédation espérée.

Les examens clinique et radiologique montreront encore que la gêne respiratoire n'est pas la conséquence d'une compression extrinsèque de la trachée, soit au niveau du cou, soit dans le thorax.

C'est donc à une sténose intrinsèque qu'on a affaire. L'interrogatoire du malade ou de son entourage écarte les doutes au sujet d'un corps étranger. Si l'état du malade le permet, si la suffocation n'est pas imminente, la recherche de signes de spécificité, l'aveu par le malade d'une syphilis ancienne, les réactions sérologiques peuvent guider le diagnostic et donner de sérieuses indications en faveur d'une syphilis sténosante des voies respiratoires. On est conduit à la trachéo-bronchoscopie.

Mais quelquefois on n'a pas le temps de faire tous ces examens. La trachéotomie d'urgence s'impose qui montre que le siège de la sténose est au-dessous du larynx. Le bruit canulaire ne se produit pas, l'introduction de la canule est difficile et ne soulage pas le malade, ou seulement très peu. Ce n'est qu'après que l'examen direct sera pratiqué et montrera la lésion.

2°) Plus difficile encore est le diagnostic quand le malade se présente comme un pulmonaire ; le plus souvent comme un bronchitique suspect de tuberculose. On pense à la tuberculose, mais on n'en trouve pas la preuve. Les examens de crachats restent négatifs malgré l'aggravation des signes fonctionnels et généraux, malgré une hémoptysie. Est-ce alors un cancer des voies respiratoires, ou une syphilis. Après avoir recherché les signes de spécificité, pratiqué les réactions sérologiques qui sont très souvent négatives (A. BLOCH et A. SOULAS), c'est encore à l'endoscopie qu'on aura recours pour trancher le diagnostic.

Dans certains pays, il faut aussi songer au sclérome, affection due au bacille de FRITSCH. Cette affection atteint souvent plusieurs membres d'une même famille, d'un même village. Elle débute par des manifestations nasales. Elle remonte souvent à l'enfance (LASAGNA).

3°) *Diagnostic endoscopique.* — Comment va se poser le *diagnostic étiologique* pour l'endoscopiste à qui on demande de faire une trachéo-bronchoscopie. Il peut trouver une infiltration plus ou moins étendue, plus ou moins régulière, et réalisant une sténose tubulaire plus ou moins complète (CAMPIAN) ou des ulcérations multiples, ou une tumeur bourgeonnante ou ulcérée. Le seul aspect macroscopique des lésions ne permet guère de préciser leur nature. Il apporte des probabilités en faveur de la syphilis.

La tuberculose est rare. Elle donne des végétations mollasses, blafardes, pseudopolypeuses (F.-J. COLLET) ou des ulcérations peu profondes à fond grisâtre, imprécises de bords, entourées parfois de grains miliaires (Jean LEMOINE).

Le papillome est muriforme, villeux, gris jaunâtre. L'adénome et le lymphome sont des tumeurs sessiles, grises, de consistance molle.

Le sarcome est arrondi, plus ou moins régulier, mais à muqueuse lisse, de même que le fibrome qui est le plus souvent pédiculé.

Mais ces causes sont exceptionnelles et en pratique *c'est avec le cancer que se pose le diagnostic.* Au niveau des bronches, si on a affaire à un cancer, l'endoscopie montrera une bronche dont les mouvements sont limités. Cet aspect de bronche figée n'est cependant pas pathognomonique du cancer et peut être observé dans la syphilis (CORDIER et MOUNIER-KUHN). Le cancer est plus étendu en surface et moins sténosant, tout au moins au début, que la syphilis qui réalise rapidement une sténose plus serrée, plus étendue en profondeur et plus localisée (SOULAS). L'intérêt de l'endoscopie est de permettre de faire une biopsie, portant sur un bord d'ulcère, sur des fongosités, sur une masse bourgeonnante. C'est bien souvent cette biopsie qui tranchera de manière formelle le diagnostic quand on pourra la faire.

En l'absence de lésions importantes et nettement ulcérées ou bourgeonnantes, le diagnostic différentiel peut se poser avec les autres causes d'hémorragie des

voies respiratoires supérieures. Il faudra rechercher la cause de l'hémorragie au siège d'élection des lésions : portions supérieure et inférieure de la trachée, les deux faces de l'éperon, les 2 ou 3 premiers centimètres des bronches-souches. On trouve là une zone rouge sombre, imprécise, épaissie et infiltrée ; l'épaississement de la muqueuse peut donner une ébauche d'aspect papillomateux. Il s'agit alors d'une *trachéite hémorragique* en relation possible avec de l'adénomédiastinite tuberculeuse qui a créé des capillosités de voisinage, ou d'hémorragies trachéales au cours d'un syndrome sanguin, d'une insuffisance hépatique, d'une dysendocrinie. Les varices trachéales sont rares, de même que la bronchospirochétose de CASTELLANI.

Dans le cas de rétrécissement cicatriciel, en dehors des rétrécissements cicatriciels traumatiques, c'est avant tout à la syphilis qu'il faut penser, surtout si le rétrécissement est concentrique, annulaire. La tuberculose n'est qu'exceptionnellement la cause d'un rétrécissement cicatriciel. L'occlusion membraneuse congénitale de la trachée est rare. Elle est constituée par des cloisons fibreuses horizontales s'insérant sur la paroi interne, non déformée du conduit aérien ; ces cloisons forment des rétrécissements étagés. Jamais le cartilage trachéal n'est atteint contrairement à ce qui se passe pour la syphilis (MOLINIÉ).

4°) *En cas de fistule œsophagienne,* le diagnostic étiologique est tout aussi difficile. Ici, le cancer œsophagien est tellement fréquent que ce n'est qu'après l'avoir éliminé avec certitude par l'œsophagoscopie qu'on pourra penser à la syphilis. Nous avons indiqué ce qui différencie cliniquement la fistule syphilitique de la fistule tuberculeuse ou néoplasique.

On voit donc que presque toujours le diagnostic de syphilis trachéobronchique est difficile, qu'il se présente comme un diagnostic d'exclusion où l'endoscopie peut seule apporter un élément de certitude. La bronchoscopie n'est jamais contre-indiquée (CHEVALIER-JACKSON). Si les réactions sérologiques sont fortement positives, on peut différer et attendre que le malade ait été soumis à un traitement spécifique. Mais il ne faut pas en tirer argument pour renoncer à l'examen endoscopique, car on a vu des cancers de la trachée évoluer chez des syphilitiques avérés (R. GAILLARD).

Traitement. — Les lésions évolutives, et en particulier les gommes ulcérées ou non, ne sont pas justiciables d'un traitement local sous contrôle endoscopique. Cependant, quand la dyspnée est très marquée et menace la vie, la trachéotomie peut permettre dans certains cas d'enlever une partie de la néoformation qui rétrécit le conduit aérien. Les lésions évolutives ne relèvent que du traitement médical anti-syphilitique énergique et longtemps prolongé. L'iodure de potassium sera employé, là comme ailleurs, avec succès contre l'infiltration tertiaire. Mais il peut provoquer des accidents et IGLAUER vit dans un cas analogue un œdème de la trachée d'allure inquiétante.

Au contraire, quand un rétrécissement cicatriciel s'est installé, il faut le traiter soit après trachéostomie qui permettra de combattre une cicatrice vicieuse, soit par des manœuvres internes : dilatation, extirpation et diathermo-coagulation. Ce traitement est nécessaire si l'on veut éviter l'infection sous-jacente ; à plus forte raison devient-il indispensable quand la suppuration a fait son apparition. A ce traitement local, il faudra toujours adjoindre le traitement spécifique, encore qu'il se montre peu actif à ce stade des lésions.

HÉRÉDO-SYPHILIS

L'hérédo-syphilis de la trachée et des bronches, est encore plus rare aujourd'hui que la syphilis acquise.

Elle peut se voir dès la première enfance (14 mois) et jusqu'à l'adolescence. Elle semble surtout fréquente entre 12 et 20 ans et en particulier au voisinage de la 15e année. C'est donc plutôt des cas d'hérédo-syphilis tardive d'allure tertiaire que l'on observe. L'association avec une syphilis laryngée est possible; et là encore nous retrouvons les mêmes causes favorisantes que pour la syphilis acquise à sa période tertiaire.

Les lésions anatomiques sont tout à fait superposables à celles de la syphilis acquise.

La syphilis héréditaire réalise cliniquement une sténose rapide et serrée qui passe par les trois stades d'irritation, de dyspnée et de suffocation. Les troubles respiratoires ont tous les caractères d'une dyspnée trachéale, sauf dans les cas où les bronches sont intéressées exclusivement (G. FERRERI). Il ne semble pas qu'on ait signalé d'autres aspects cliniques de la syphilis trachéo-bronchique.

Le diagnostic est ici encore un diagnostic d'exclusion, à moins de stigmates très nets de syphilis héréditaire qui orientent tout de suite vers la cause de la sténose.

Après s'être assuré de l'intégrité du larynx, il faudra écarter par un examen clinique et radiologique toutes les causes de sténose extrinsèque. Le diagnostic se pose cependant d'une façon un peu différente de celle que nous avons vue pour l'adulte. Le thymus, les ganglions trachéo-bronchiques sont des causes fréquentes de compression dans la première enfance. Une fois ces causes éliminées, l'endoscopie, pratiquée avant ou après la trachéotomie commandée par l'état du malade, montrera la lésion et permettra quelques fois d'enlever une partie de la formation sténosante, d'abord dans le but de rétablir la perméabilité du conduit, puis pour examiner histologiquement et bactériologiquement le fragment prélevé. C'est surtout entre tuberculose et syphilis que le diagnostic se pose (J. LEMOINE).

L'évolution de l'hérédo-syphilis de la trachée et des bronches est mal connue, parce que rarement observée ; il y a tout lieu de penser qu'elle est semblable à celle de la syphilis acquise tertiaire. La mort peut survenir précocement par suffocation, par infection pulmonaire aiguë. Quand l'enfant survit à ces premiers dangers, les lésions peuvent évoluer vers la cicatrice rétractile sténosante et permettre le développement d'une suppuration pulmonaire chronique avec tous les aléas qu'elle comporte à plus ou moins brève échéance.

Le pronostic est donc grave ; il exige toujours des réserves. Le traitement est calqué sur celui de la syphilis acquise. C'est le traitement anti-syphilitique qui en constitue la base, le traitement local étant commandé par le degré de sténose, et le caractère rétractile des lésions. Les petits malades doivent être suivis régulièrement et longtemps avant qu'on puisse les considérer comme guéris. Car parfois l'enfant résiste à une première atteinte trachéo-bronchique et meurt d'une récidive quelques années plus tard (SEMON).

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMOWICZ L. Syphilis de la trachée et des grosses bronches. *Warsz. Czasop. Lekarsk.*, 1932, p. 671 et 695.

AUBRIOT. Sténose extrinsèque de la trachée. *Rev. méd. de l'Est*, 15.6.25.

AUBRY. Article « Syphilis de la trachée » du *Traité de la Syphilis* (Jeanselme) T. V. 1934, p. 11-25.

AVERENS J. Contribution à l'étude de la sténose trachéale. *Thèse* de Bordeaux, 1921.

BADOT J. Réflexions à propos d'un cas de syphilis tertiaire du larynx compliquée de trachéo-bronchite syphilitique. *Journal Belge d'O.R.L.*, n° 3, 1931, p. 165-168.

BALZER F. Contribution à l'étude de la syphilis des bronches et des poumons. *Paris médical*, n° 3, 1922, p. 62-66.

BARBERA. Syphilome hypertrophique de la trachée. *O.R.L. Ital.*, année II, n° 5, sept. 1932, p. 489.

BARRAUD. 3 cas de gomme de la trachée et des bronches. *Congrès Suisse d'O.R.L.*, 1922.

BARRUT A. Les fistules œsophago-bronchiques. *Thèse* de Lyon, 1935.

BAZY L. et CHÊNE P. Fistule œsophago-trachéale d'origine syphilitique. *Journal de Chirurgie*, 45, p. 370-375, 1935.

BAYER. Un cas d'occlusion trachéale presque complète déterminée par un néoplasme (probablement syphilitique) implanté sur une ancienne cicatrice de trachéotomie. *Sté belge d'Oto. et de Lar.*, 4 juin 1899.

BERENDES J. Difficulté du diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose des voies respiratoires supérieures. *Münchener medizinische Wochenschrift*, t. 81, n° 40, 15 novembre 1934.

BLOCH A. et A. SOULAS. La bronchoscopie, état actuel de la question, *Rapport à la Sté Fr. d'O.R.L.*, 1931.

BROWN C.-R. Syphilitic stricture of the left main bronchus. *Proc. of the N. Y. pathol. soc.* 25, n° 6-8 1926, p. 109-113.

BUCHER C.-J. and Jo ONO. Tracheo-Œsophageal fistula of syphilitic origin. Report of a case. *Am. J. Path.* 10, p. 391-398, 1934.

CADE et BRETTE. Sténose syphilitique de la trachée. *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 2 décembre 1919.

CALICETTI et de CARLI. Sténoses cicatricielles laryngo-trachéales. *Soc. ital. d'O.R.L.* oct. 1930.

CAMBRELIN. Ulcération trachéale. *Sté Bruxelloise d'O.R.L.*, 29-6-28.

CAMPIAN A. Tracheitis luetica. *Konigl. Ges. d. Arzte, Laryngo-rhinol. Sect.* Budapest, 28 janvier 1928.

CLERMONT. Article « Syphilis de la trachée ». *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales.*

COLLET F.-J. Sténose trachéale hérédo-syphilitique. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juillet 1929, p. 451-454.

COLLET F.-J. Syphilis des voies aériennes supérieures. *Rapport aux journées thermales et climatiques de Lyon*, 1934.

COHN. Contribution clinique à l'étiologie et à la symptomalogie des sténoses intra-trachéales. *Zeitschrift für Lar.* 6, fasc. 1, avril 1913, p. 35.

CORDIER et MOUNIER-KUHN. Les hémorragies trachéales (Trachéite hémorragique). *Presse médicale*, n° 54, 6 juillet 1938.

CORDIER et MOUNIER-KUHN. Sur une cause rare d'hémorragies trachéales : la syphilis de la trachée et des bronches. *Sté méd. des Hop.* de Lyon, 25-10-1938.

CORNELI C. Pneumatocele di gomma ulcerata dela trachea. 28e *Congr. della Soc. Ital. di Laring*, 18 nov. 1932.

CUNÉO S. Tracheocele par heredosyphilis. *Rev. méd. del litoral*, n° 12, 1924.

DAVIDSON F.-S. Tertiary syphilitic Disease of larynx and trachea. *Scottish Soc. Otol. and Laryng*, 26-11-1932.

DUBAR L. Article « Rétrécissements de la trachée ». *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

FERRERI G. Contributo allo studio ed alla casistica delle stenosi tracheo-bronchiali eredo-luetiche. *Valsalva* 6, 1930, p. 69-77.

FRAENKEL E. Uber Luftrohrensyphilis. *Münch. med. Wochenschr.* 72, n° 9, 1925, p. 335-337.

GAILLARD R. Epithélioma primitif de la trachée chez un ancien syphilitique. *Sté Fse d'O.R.L.*, Paris 15-18 oct. 1930.

GAKKEL et MINKOVSKY. Trouvaille anatomo-pathologique curieuse (syphilis de la trachée). *Laryngoscope*, oct. 1931, p. 711-715.

GANTZ. Un cas de fistule trachéale spontanée de nature syphilitique. *Monat. f. Ohrenh.* 41e *Jahrg.* 12, *Heft*, 1907.

GAREL. Gomme de la bifurcation des bronches ; considération sur la valeur diagnostique de la toux de compression dans les tumeurs du médiastin. *Annales des M. de l'Or*, n° 7, juillet 1906.

GERBER. Contribution de la pathologie de la trachée. *Arch. für Lar.* t. XXVII, fasc. I. janvier 1913, p. 155.

GIERTZ et LUNDQUIST. Sténose trachéo-bronchique à issue anormale et d'origine syphilitique tertiaire. *Acta. Oto-Laryngo*, vol. XIII, fasc. I., p. 126.

GOT. Les fistules œsophago-trachéales. *Revue de Laryngologie*, 15 avril 1921.

HALLE. Syphilide gommeuse de la trachée. *Soc. de lar. de Berlin*, 14 oct. 1910.

HARMER. Gomme de la trachée siégeant directement au-dessus de sa bifurcation. *Sté viennoise de Lar.*, 5-12-1901.

HEINDL. Sténose trachéale consécutive à la syphilis héréditaire. *Sté viennoise de Lar.*, 7 mars 1901.

HOMMEL W. Syphilis de la trachée et des bronches, son diagnostic par la trachéobronchoscopie. *O.R.L. Inter.* 1920, n° 1, p. 32.

ITERSON A. van. Un cas de sténose syphilitique de la bronche-souche gauche. *Geneesk gids*, I, 1924, n° 21, p. 526-528.

CHEVALIER-JACKSON et Ch.-L. JACKSON. Bronchoscopie. Œsophagoscopie. *Doin*, 1933, p. 277, et p. 373.

KLESTADT W. Die Syphilis des Kehlkopfes und der Luftrohre. *Handbuch der Haut-und Geschlechts. Krankheiten.* Bd. 16, tl. 2, p. 608-764.

KREUZWENDEDICH G.-A. Sténose trachéale syphilitique. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* 1933, 4.102-4.110 (holl.).

LAFRENZ I. Uber Luftrohrensyphilis. *Zeitschr. f. Hals, Nasen u. Ohrenheilk.* 2 H. 3.4.1922, p. 356-371.

LANGENIEUX. La bronchite chronique syphilitique. *Gaz. Méd. de France*, n° 3, 1er février 1934.

LANGENIEUX J., J.-E. MATHIEU et R. MONGORGÉ. Les cures thermales dans la syphilis chronique de l'appareil respiratoire. *Rapport aux journées thermales et climatiques de Lyon*, 69-86, 1934.

LANCEREAUX. La syphilis des voies respiratoires. *Sem. méd.*, 7.1.1891.

LASAGNA. Sclérome des voies respiratoires. *Annales des m. de l'Or.* 1925, n° 12, 1.291.

LEMOINE Jean. Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la trachée. *Thèse* Paris, 1938.

LUKENS R. M. and Jo ONO. Syphilitic tracheo-œsophageal fistula. Report of a case. *The Laryngoscope*, 44, 334-339, 1934.

LUCKENS R.-M. Gummatous stenosis of the trachea. Report of a case. *Ann. of rhinol.* 36, n° 1, 1927, 72-86.

MARX. Cas de syphilis d'un diagnostic différentiel difficile. *IIe réunion de la Sté Allemande d'O. R. L.*, 3 juin 1922.

MAURIAC Ch. Syphilose du larynx, de la trachée et des bronches (1889).

MIDAGUE J.-A. Gommes syphilitiques de la trachée et de la bifurcation bronchique. *Thèse* Marseille, 1931-1932.

MOLINIÉ. De l'occlusion membraneuse de la trachée. *Annales des mal. de l'Or.* n° 4, avril 1899.

MONDOLFO E. Sifiloma tracheo-bronchiale associato ad ectasia dell' aorta toracica. *Valsalva*, 4, 1928, 384-389.

MOUNIER-KUHN. Syphilis bronchique à forme végétante. *Sté de Br.* 4.6.1938.

MYERSON. Obscure chest conditions with positive bronchoscopic findings ; including two cases of syphilis of the trachea and bronchi.

ORMEROD. Les obstructions trachéales. *The Journal of laryngol.*, déc. 1935.

POUTCHOWESKI A. M. — Un cas de rétrécissement de la trachée guéri par des injections de fibrolysine et par le cathétérisme (syphilis). *Rousski Vratch*, n° 2, 10 janvier 1910.

PORTMANN G. — Les sténoses trachéales essentielles. *Revue de Laryng. Otol. et Rhinol.*, 15 juin 1923.

REBATTU et MOUNIER-KUHN. —Larynx et syphilis. *Rapport à la Sté fse d'O.R.L.* (1936).

REINHARD. — Bronchoscopie dans un cas de syphilis des voies respiratoires supérieures. *Monatsch. f. Ohrenh.* n° 11, 1905.

RENDU R. — Ulcération trachéo-bronchique syphilitique prise pour de la tuberculose pulmonaire. *Sté de Méd. et des Sciences Médicales de Lyon*, 30-6-1926.

RETROUVEY. — *Sténoses trachéales et bronchiques. Revue de Laryng.* 15 mars 1930, p. 164.

SCHIFFERS F. — Syphilis de la trachée. *Traité pratique d'Oto-rhino-laryngologie. Larynx-trachée*, chap. XXXIX).

SCHMIEGELOW. — Fistule syphilitique entre trachée et œsophage. *Soc. danoise d'Oto-Lar.* 1er nov. 1911.

SCHNITZLER H. — Zur Kenntnis der Lungen - und Trachealsyphilis. *Wien. Klin. Wochenchr.* 36, 1923, p. 829-832.

SCHROTTER L. — Vorlesungen über den Krankheiten der Luftrohre. *Vienne* 1896.

SEMON. — Endotrachéite syphilitique. *The journal of Laryngology*, 1895, vol. IX, n° 12, p. 876.

SIEMS. — Deux cas de syphilis trachéale à aspect clinique différent. *Sté fse d'O.R.L.*, 37, 1924, t. II, p. 82-83.

SOULAS A. — Diagnostic bronchoscopique d'un cas de syphilis de la bronche gauche. *Sté de Broncho. Œso. de langue fse.* 21-11-1933.

STUMPF. — La trachéite gommeuse. *Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 27, 1-7-1912, p. 1.272.

STUPKA. — Enorme sténose par compression de la trachée et des deux bronches (syphilis héréditaire). *Wiener Laryngo-rhinol. Cres.* 1928.

SUCHANEK. — Lues der Trachea und Bronchien. *Wien Laryngo-rhinol. Ges.* 13 janvier 1925.

TAPIA. — Un cas de sténose trachéale syphilitique diagnostiqué par trachéoscopie indirecte. *Revista clinica de Madrid*, février 1910.

TAPIA. — Un cas de syphilis trachéale. Trachéoscopie ; myosite aiguë consécutive des masséters ; guérison. *Congrès de Lisbonne.* Arch. Interm. de lar. 1906, t. 2, p. 540.

THEVENET. — Rétrécissement syphilitique de la trachée. *Lyon Méd.* 25 mars 1906.

TORETTA A. — Contribution à la plastique de la trachée. *Soc. Ital. de Lar., Rome*, octobre 1911.

VILLARD Jean. — Les cancers de la trachée à symptomatologie broncho-pulmonaire. *Thèse* de Lyon, 1930.

VIRGILI U. — Contributo allo studio delle lesioni sifilitiche terziarie della trachea. *Gazz. d. osp. e d. Clin.* 49, n° 21, 1928, 624-628.

WIETHE. — Ein luetisches Trachealinfiltrat. *Wener Laryngo-rhinol. Ges.*, 11 mars 1930.

WISKOVSKY. — Large destruction de la paroi œsophago-trachéale par une gomme syphilitique. 3e *Congrès de la Sté Tchécoslovaque d'Oto-Laryng.*, 31 mai et 1er juin 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1939.

Vitalité du BGG cultivé sur pomme de terre à l'étuve à 37°. — M. P. RADAODY-RALAROSY.

Nouvel appareil à ultra-filtration. — MM. A. BAUDOUIN et J. LEWIN.

Action des injections intra-veineuses d'acide ascorbique sur la glycémie de l'homme normal. — MM. E. AZERAD, J. LEWIN et R. BROCHENIN. Des injections intra-veineuses d'acide ascorbique faites à onze sujets normaux au repos et à jeun n'ont pas permis de constater de modification du taux de la glycémie pendant les deux heures suivant immédiatement l'injection : Les causes d'erreur pouvant provenir du pouvoir réducteur propre de l'acide ascorbique ont été écartées. Des résultats identiques ont été obtenus quelle que fût l'origine du produit et avec des doses allant de 50 à 600 mgr. par injection (la plupart 250 mgr.). L'influence d'une hypo-vitaminose possible a été éliminée du fait que les mêmes résultats ont été constatés après saturation de l'organisme par la vitamine C.

Les réactions allergiques au vaccin cultural « in vitro ». — M. LE BOURDELLÈS a repris l'étude de l'allergie vaccinale jennérienne en utilisant le vaccin culturel *in vitro* de H. PLOTZ. L'injection intradermique de ce vaccin permet d'observer la réaction allergique spécifique, en dehors de toute sensibilisation adventive. Dans ces conditions, l'on note de façon constante chez les sujets antérieurement vaccinés, une réaction précoce, érythématonodulaire. De même que le vaccin usuel, le vaccin cultural chauffé conserve ses propriétés antigènes réceptrices. L'injection intradermique du milieu cultural neuf demeure négative, ce qui témoigne de la spécificité des réactions observées. En raison de l'intensité chez quelques sujets des réactions inflammatoires, de l'allergie intradermique, la scarification doit être préférée, dans la pratique des revaccinations par le vaccin cultural.

Elections. — M. MANGENOT est nommé membre titulaire.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1939.

Moment d'apparition de l'immunité antirabique chez les lapins traités. — M. P. LÉPINE et Mlle V. SAUTTER, expérimentant comparativement avec le vaccin antibarique classique et avec un vaccin phéniqué, montrent qu'un délai de dix jours de traitement peut être considéré comme un minimum permettant de déterminer, avec un vaccin phéniqué, une résistance à l'inoculation intracérébrale des lapins traités.

Un traitement de dix jours et un traitement de quinze jours sont inefficaces avec les moelles desséchées, quoique celles-ci déterminent une immunité plus précoce, mais moins accusée qu'avec le vaccin phéniqué.

Sur le passage des dérivés sulfamidés dans les centres nerveux. — MM. Riser et Valdiguié ont étudié la répartition du paraaminobenzène sulfamide (1162 F) dans le parenchyme nerveux, chez le chien.

Après ingestion d'une seule dose, les dérivés sulfamidés passent rapidement dans le tissu nerveux, comme dans le liquide CR ; alors que celui-ci ne contient que de la phénysulfamide libre, le parenchyme nerveux renferme une portion plus ou moins grande de 1162 F combiné, libérable par hydrolyse ; la quantité totale de 1162 F, libre et combiné, est supérieure au taux liquidien.

Etude du mécanisme de la cessation des effets de l'acétylcholine sur les fibres lisses malgré un contact prolongé. Probabilité d'un phénomène d'adaptation. — MM. Tiffeneau et H. Schneiner. — La cessation des effets acétylcholiniques sur la musculature lisse, en présence du poison, est probablement due à un phénomène d'adaptation produisant une action antagoniste croissante qui s'opposerait à la stimulation acétylcholinique.

Cette action antagoniste peut, au moment de la cessation des effets, être décelée par des réactifs appropriés, les uns la rendant prépondérante (atropine, cholinestérase), les autres la supprimant et faisant prédominer l'effet acétylcholinique (ésérine).

M. Lapicque. — Peut-être faudrait-il préférer au mot *adaptation*, celui d'*accomodation*, proposé par M. Nersnt.

Action de l'huile de paraffine sur les lésions produites par un bacille paratuberculeux. — M. R. Laporte. — La présence, *in vivo*, d'huile de paraffine au contact de bacilles paratuberculeux presque entièrement dépourvus de pouvoir pathogène entraîne la production de lésions très intenses capables de tuer l'animal et de réaliser un tableau de tuberculose caséeuse massive, même si on utilise des bacilles tués. Il n'est pas nécessaire, pour obtenir de telles lésions, d'inoculer huile et culture mélangées. Le résultat est identique si on les injecte séparément par deux voies différentes assurant leur rencontre dans l'organisme, au niveau des poumons par exemple.

Synovites tuberculeuses à bacille bovin. — Intérêt de l'inoculation sous-occipitale pour établir un diagnostic précoce d'infection bovine. — MM. A. Saenz et D. Morel Fatio. — Pour identifier le bacille bovin en cause isolé dans 5 cas de synovites tuberculeuses.

Recherche du bacille tuberculeux aviaire dans les œufs provenant de poules tuberculeuses. — Absence de bacille dans les œufs de poules infectées expérimentalement. — MM. H. Bonnet et Ch. Leblois.

Recherches sur l'absorption et l'élimination de α-(p-amino-phényl-sulfamido)-pyridine (corps 693) chez l'animal et chez l'homme. — MM. B. N. Halpern, P. Durel, P. Dubos' et M. Alline. Le 693 administré per os passe rapidement dans le sang, le L.C.R., le maximum y est atteint vers la quatrième heure. Le produit s'élimine presque totalement par voie rénale en 48 à 72 h. Introduit dans l'organisme par voie parentérale sous forme de son sel sodique, le 693 s'y retrouve à des concentrations sensiblement plus élevées que lorsqu'il est donné par voie buccale, mais le rythme de l'absorption et de l'élimination est semblable. Une partie du produit est transformée et éliminée par certaines espèces animales sous forme de dérivé conjugué (acétylé).

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 janvier 1939.

Sur un cas de kyste dermoïde de deux ovaires survenu au cours de deux grossesses successives. — M. Guillot (de Paris).

Variété rare d'une fracture associé de l'aileron sacré et de l'apophyse transverse lombaire du côté opposé. — M. Roederer fait un rapport sur ce travail de M. Guillot (de Paris). Le cas de M. Guillot, paraît tout à fait exceptionnel. A l'état isolé, les fractures des apophyses costiformes lombaires sont fréquentes, mais les fractures de l'aileron sacré, par contre, sont assez rares. Quant à l'association de ces deux espèces de fractures, on n'en trouve que quelques cas dans la science. Plus rares encore sont les observations des dites fractures siégeant de part et d'autre de la colonne vertébrale. Le rapporteur rappelle les erreurs de diagnostic auxquelles donnent lieu les fractures des apophyses transverses et signale celles, plus fréquentes encore, qui résultent des fractures du sacrum ignorées.

La butée intra-articulaire dans les lésions de la hanche. — M. Raphaël Massart décrit un procédé original pour donner un appui solide aux luxations invétérées de la hanche. Le procédé consiste, après avoir ouvert la capsule dont l'épaisseur est toujours considérable, de réséquer une partie de la tête du fémur et de placer au-dessus un volet osseux prélevé sur l'os iliaque basculé. La capsule est ensuite refermée. Ce procédé que l'auteur a exécuté plusieurs fois permet un appui osseux solide de la tête. Par son efficacité et par sa simplicité il paraît très supérieur à la butée extra-articulaire.

Deux observations de kystes hydatiques du foie. — M. Diamant-Berger.

A propos de l'infarctus de l'intestin. — MM. Masmonteil et J. Vautier.

PRATIQUE MÉDICALE

LES BRONCHO-PNEUMONIES MORBILLEUSES (1)

Les complications pleuro-pulmonaires sont le principal facteur de gravité de la rougeole ; surtout fréquentes en milieu hospitalier, elles ne sont pas rares cependant en ville.

Elles sont à redouter dans tous les cas de rougeole, même dans les formes à début paraissant bénin. Le traitement doit donc être précoce et énergique et ne pas se cantonner à quelques mesures d'hygiène.

La valeur de la séro-prévention et de la séro-atténuation est grande, mais ces méthodes sont bien souvent difficiles à mettre en pratique. Il n'en est pas de même de l'érythrothérapie, qui utilise l'action pharmacodynamique du lactate d'amidopyrine (érythra). Ce corps, parfaitement toléré, même par les très jeunes enfants, entraîne une « atténuation » de la rougeole et prévient les redoutables broncho-pneumonies, comme l'a démontré la grande épidémie française de l'hiver 1937-38.

La posologie moyenne d'érythra est la suivante : chez l'enfant, deux puis quatre gouttes par année d'âge toutes les quatre heures ; chez l'adulte, 40 à 80 gouttes toutes les quatre heures.

(1) J. Coste. *Journal des Praticiens*, n° 11 bis, du 22 mars 1939, p. 192.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 33. — MERCREDI 26 AVRIL 1939 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.
L'acidité gastrique à l'état pathologique, par HENRI SETBON (de Tunis).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.
La fumeterre officinale sédative, dépurative et antiscrofuleuse, par Jean SCHUNCK DE GOLDFIEM.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie de médecine. — Académie de chirurgie.

LIVRES NOUVEAUX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

NOTES POUR L'INTERNAT.
Complications pleuro-pulmonaires de la rougeole.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Jury du 1er concours de Nomination. Concours de Médecin des Hôpitaux :* MM. les Docteurs : Jacquet, Milhit, Lebray, Léon-Kindberg, Clerc, Pruvost, Brouardel, Stévenin, Carrié, Weissenbach, Baumgartner.

Internat, concours spécial. — Brévannes, Garches, Ste-Périne, Hendaye. — Lecture des copies (suite) : MM. Denis, 15 ; Barrier, 13 ; Goltz, 10 ; Gosset, 5 ; Didier, 23 ; Bourdeau, 27 ; Chabasseur, 20.

Oral. — 1re séance : pour l'hospice de Brévannes et l'hôpital Raymond Poincaré, à Garches :

Question sortie : ulcère du duodénum (signes, diagnostic, traitement). — MM. Didier, 15 ; Chabasseur, 13 ; Barrier, 11 ; Postel-Vinay, 16 ; Denis, 11 ; Mlle Spach, 17 ; Alhomme, 11.

Cancer du pancréas (signes et diagnostic). M. Sriber, 16; Mlle Rémond, 18; M. Coeuillez, 16; M. Tronc, 16.

Oral. — Pour la Fondation Ste-Périne : coliques hépatiques. — M. Bourdeau, 13.

Pour l'Asile d'Hendaye : signes et diagnostic du mal de Pott. — M. Gosset, 8.

Classement des candidats. — Pour Ste-Périne, M. Bourdeau.

Pour Brévannes et Garches. — M. Sriber, 43; Mlle Spach, 42 ; Mlle Rémond, 40 ; MM. Didier, 38 ; Postel-Vinay, 36 ; Tronc, 34 ; Chabasseur, 33 ; Coeuillez, 32 ; Althomme, 29 ; Denis, 26 ; Barrier, 24.

Hospices civils de St-Etienne. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux sera ouvert à l'hôpital Herriot, à Lyon, le lundi 11 décembre 1939.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général des Hospices, 37 bis, rue Michelet, à St-Etienne.

Faculté de Médecine de Paris. — *Concours du Prosectorat.* — Liste des candidats: MM. Delinotte, Guénin, Roux, Léger, Caby, Chevallier, Lortat-Jacob, Cauchois, Barcat, Neyraud, Rouvillois.

Séance du 19 avril (anatomie). Epreuve écrite : le muscle digastrique et ses rapports ;

Séance du 20 avril. Epreuve écrite (pathologie chirurgicale) : phlegmon péri-néphrétique ;

Séance du 21 avril. Epreuve écrite (biologie) : Caractères généraux de la cellule cancéreuse.

Concours de l'adjuvat. — Liste des candidats : MM. Billard, Boissonnat, Champeau, Cordebar, Debeyre, Debidour, Frebet, Germain, Hertzog, Lascaux, Monsaingeon, Morel-Fatio, Nardi, Rouge, Schaefer, Thomeret.

Séance du 18 avril. Epreuve écrite (anatomie) : les artères scapulaires :

Séance du 19 avril. Epreuve écrite (physiologie) : la ventilation du poumon, — son mécanisme et sa régulation — moyens de mesure chez l'homme — déductions pratiques ;

Séance du 20 avril. Epreuve écrite (pathologie chirurgicale) : les fractures de l'extrémité inférieure du fémur.

Séance du 21 avril. Lecture des copies (anatomie). Notes : MM. Debeyre, 28 ; Champeau, Monsaingeon, Morel Fatio, 26 ; Cordebar, 25 ; Billard, Debidour, Nardi, 24 ; Lascaux, Thomeret, 21.

(Physiologie) : MM. Morel Fatio, 18 ; Monsaingeon, 17 ; Champeau, Cordebar, Debeyre, Debidour, Nardi, 16 ; Billard, 15.

M. Laignel-Lavastine, professeur d'histoire de la médecine à la faculté de médecine de l'université de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à cette faculté (dernier titulaire de la chaire : M. Claude).

La chaire d'histoire de la médecine de la faculté de médecine de l'université de Paris (dernier titulaire de M. Laignel-Lavastine) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la publication du présent arrêté est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Comité national de défense contre la tuberculose. — Un concours sur titres, complété par une épreuve clinique et orale est ouvert en vue du recrutement d'un médecin « spécialisé » (n'exerçant pas en clientèle), chargé du service des dispensaires antituberculeux de Rochefort, Marennes, Royan et Saint-Pierre d'Oléron du Comité d'hygiène sociale et de défense contre la tuberculose de la Charente-Inférieure.

Pour les demandes de renseignements et l'envoi des dossiers, s'adresser au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris, avant le 20 mai prochain.

1er Congrès international de biologie. — Le congrès aura lieu du 9 au 12 juillet prochain, à Bruxelles, sous la présidence du professeur honoraire E. Spehl.

Rapports : Rôle de l'alimentation dans le rendement du travail musculaire (M. Bigwood).

Physiologie de la contraction musculaire (M. Bouckaert).

Travail musculaire et circulation sanguine (M. Heymans).

Mécanismes physiologiques pendant l'entraînement (M. Brouha).

Secrétariat : 96, avenue Paul Janson, Anderlecht, Bruxelles, Belgique.

Association Amicale des Anciens Médecins des Corps Combattants. — L'assemblée générale statutaire des Anciens Médecins des Corps Combattants aura lieu le mardi 9 mai, à 18 h. 30, dans un salon de l'Hôtel Royal Monceau, 39, avenue Hoche. Elle sera suivie du dîner, à 20 h. 30, sous la présidence du général Gamelin, chef d'état-major et de l'Armée, vice-président du Conseil Supérieur de la Guerre.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire Général, Docteur Bellanger, 2, rue Pigalle, à Paris.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. le Professeur Laignel-Lavastine dirigera des conférences-promenades en avril, mai et juin.

Ces conférences-promenades auront lieu le *dimanche à* 10 h. 30.

Programme des conférences-promenades

Dimanche 30 avril : Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (rendez-vous dans l'Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières).

Dimanche 7 mai : Hôpital Saint-Louis, 38, rue Bichat (rendez-vous au Musée).

Dimanche 21 mai : Hospice de Bicêtre, 78, rue du Kremlin, Kremlin-Bicêtre (rendez-vous dans la cour d'entrée).

Dimanche 4 juin : Hospice psychiatrique de Charenton (rendez-vous dans la Cour d'honneur de la Maison nationale de Santé, 57, Grande Rue, Saint-Maurice.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CONTROLE DES DÉRIVÉS SULFAMIDÉS

M. Paul Saurin, député, appelle l'attention de M. le ministre de la santé publique sur la toxicité des dérivés sulfamidés vendus au public et qui a été exposée dans diverses sociétés savantes et notamment à la société de biologie et à la société française d'urologie, et demande s'il compte prendre les mesures nécessaires pour : 1° interdire provisoirement la vente de produits toxiques qui constituent pour la nation un grave danger social et ayant occasionné la mort de quatre personnes ; 2° qu'à l'avenir toutes les expériences de produits nouveaux soient faites d'abord sur des animaux ; 3° réglementer ou interdire définitivement la vente des dérivés sulfamidés suivant que les expériences sur les animaux seront ou non favorables. (*Question du 29 décembre 1938*).

Réponse. — L'académie de médecine, saisie de la question par le ministère de la santé publique, à la suite de vœux formulés au cours de congrès médicaux et tendant à l'inscription des dérivés sulfamidés sur la liste des substances vénéneuses, en a délibéré dans sa séance du 8 novembre 1938, et, après avoir considéré que des progrès rapides dans l'évolution de la chimiothérapie ont déjà permis de substituer aux premiers dérivés sulfamidés, auxquels pouvaient être attribués les accidents signalés, des dérivés nouveaux d'une innocuité plus grande et tendant à les remplacer, a émis l'avis qu'il serait prématuré d'envisager l'inscription de ces produits aux tableaux des substances vénéneuses et que, par application de la loi sur l'exercice de la pharmacie où reste inscrit le principe d'un contrôle médical sur la délivrance des médicaments au public, les pouvoirs publics sont armés pour réprimer tout abus constaté dans la délivrance des dérivés sulfamidés pour fins thérapeutiques.

J. O., 9 février 1939.

L'ACIDITÉ GASTRIQUE A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE

Par M. HENRI SETBON (de Tunis)

Dans de nombreuses maladies stomacales ou extra-stomacales, l'acidité gastrique varie d'un individu à l'autre et, parfois, chez le même sujet, à différentes périodes de la maladie. Certaines affections, cependant, sont constamment marquées par une augmentation ou une diminution de la sécrétion chlorhydropeptique .

Dyspepsies par vice alimentaire. — L'hyperchlorhydrie est la règle dans les dyspepsies par vice alimentaire dues à l'ingestion anormalement considérable de viandes ou d'extraits de viande qui sont les principaux succagogues de Pavlow, les plus forts excitants de la sécrétion chimique de l'estomac. On sait, en effet, que ces aliments, introduits dans l'estomac d'un chien à la faveur d'une fistule gastrique sans attirer l'attention de l'animal pour éviter l'action psychique, provóquent une sécrétion chimique abondante qui apparaît au bout de 25 à 30 minutes et dure de 8 à 10 heures.

Les dyspepsies occasionnées par une alimentation riche en graisses s'accompagnent, au contraire, d'une diminution de la sécrétion et de l'acidité du suc gastrique. C'est à cause de leur action inhibitrice sur la sécrétion gastrique, que les graisses, notamment l'huile d'olive, ont été préconisées dans le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Le pain, l'amidon et la dextrine, principal peptogène de Schiff, augmentent le pouvoir digestif du suc gastrique. L'abus de ces aliments détermine un accroissement de l'acidité totale du contenu gastrique dû à la production d'acides de fermentation.

Selon, donc, que les troubles dyspeptiques sont produits par un excès de viande, de pain ou de graisse, les sécrétions gastriques sont différentes au point de vue quantité et composition.

Dyspepsies par abus de condiments. — Certains condiments tels que le poivre, le piment, le gingembre, le carri, la moutarde, le vinaigre, dont beaucoup font une véritable débauche, exercent leur effet cuisant au contact de la muqueuse gastrique et provoquent des états congestifs accompagnés d'une hypersécrétion chlorhydropeptique.

Chez les Tunisiens, l'hyperchlorhydrie, la gastrite simple et ulcéreuse, reconnaissent souvent pour cause la consommation abusive du condiment national « larissa », piment sec très piquant, pilé et additionné de carvi, coriandre, ail et sel.

Dyspepsie par tachyphagie ou par polydipsie. — L'observation clinique, la radioscopie et l'examen chimique montrent que la digestion se fait beaucoup plus lentement chez les tachyphages que chez les sujets qui mastiquent lentement. D'autre part, comme l'ont prouvé expérimentalement Jacquet et Debat sur le chien à fistule gastrique, la sécrétion chlorhydro-peptique est plus abondante et plus acide quand l'animal ingère plus lentement les aliments.

La tachyphagie qui permet l'introduction dans l'estomac de gros morceaux de pain non mâchés, de viande non dilacérée, de légumineuses ou de fruits à peine morcelés, de côtes de salades à fibres non dissociées, soumet l'estomac à un travail mécanique excessif se traduisant par des contractions rapides, vigoureuses et prolongées qui finissent par épuiser l'activité de la musculature stomacale et à déterminer l'atonie avec toutes ses désastreuses conséquences. La tachyphagie entrave également la digestion des féculents et des farineux qui ne sont pas suffisamment imprégnés par la salive qui saccharifie, digère, dès avant la déglutition. Enfin, l'évacuation du contenu gastrique des tachyphages est encore retardée par le fait que la sécrétion gastrique est peu abondante et peu acide.

La polydipsie cause les mêmes effets que la tachyphagie. Alors qu'une petite quantité d'eau prise pendant ou après les repas favorise la digestion, une grande quantité détermine par dilution une diminution du taux de l'acidité gastrique. Comme chez les tachyphages et ceux qui mangent au delà de leurs capacités stomacales, le muscle gastrique est surchargé, distendu, forcé par la masse excessive d'eau absorbée.

Température et horaire des repas. — Le travail mécanique et sécrétoire de l'estomac est troublé par l'ingestion d'aliments trop froids ou trop chauds. Les uns diminuent, les autres augmentent la sécrétion gastrique et produisent un effet contraire sur la contractibilité de l'estomac. La température optima que doit présenter l'alimentation est celle qui se rapproche de la température de notre organisme.

Enfin, l'irrégularité dans l'heure des repas exerce elle aussi une influence sur la sécrétion gastrique. « Sous l'influence des habitudes prises, dit Agasse-Lafont, la sécrétion se prépare à certaines heures, se prolonge pendant le temps nécessaire, puis se tarit. Si l'arrivée des aliments est prématurée ou tardive, il en résulte un fonctionnement défectueux dont les conséquences ne tardent pas à se faire sentir. »

Dyspepsies d'origine toxique endogène. — Dans l'uricémie et l'oxalémie, l'acidité gastrique est particulièrement élevée pendant l'accès ou à son décours. Dans les matières vomies au cours de la goutte remontée ou rétrocédée, l'acidité est augmentée par la présence de l'acide urique éliminé et par l'hypersécrétion chlorydrique produite par l'action excito-sécrétoire de l'acide urique sur la muqueuse gastrique.

Par contre, dans la dyspepsie urémique, on constate une diminution de l'acidité gastrique. Cette diminution est attribuable à l'action neutralisante du carbonate d'ammoniaque qui provient de la transformation de l'urée par son passage à travers la muqueuse stomacale. Dans les matières vomies au cours des crises urémiques, on trouve de l'urée, mais surtout du carbonate d'ammoniaque. C'est l'ammoniaque, corps très toxique, qui irrite l'estomac et provoque les vomissements. L'urée ne joue aucun rôle dans la pro-

duction de ces vomissements et dans l'intoxication générale de l'organisme. En effet, comme l'a montré Bouchard, il faut six grammes d'urée pour tuer un kilogramme d'animal.

Pour neutraliser l'ammoniaque et arrêter les vomissements urémiques qui sont occasionnés par ce corps toxique, nous employons avec succès la limonade lactique.

Dans le diabète, qui est une intoxication acide, le contenu gastrique présente en général de l'hyperchlorhydrie. L'acidité totale est augmentée en cas d'acétonémie par la présence des acides acétique et oxybutyrique.

Dyspepsies d'origine toxique exogène. — *Maladies infectieuses.* — Toutes les maladies infectieuses fébriles s'accompagnent d'une hypochlorhydrie dont l'intensité est en rapport avec l'élévation de la température.

Parmi elles, le rhumatisme et la tuberculose sont une cause fréquente d'achylie. L'hypochlorhydrie des rhumatisants, qui est particulièrement prononcée à mesure que les poussées se répètent, est due surtout, ce nous semble, à l'anémie qui est la règle dans cette maladie.

Dans la tuberculose, nous trouvons souvent de l'hypochlorhydrie. Les vomissements post-cibum que présentent les tuberculeux sont dus à une diminution de la sécrétion acide de l'estomac, et cessent par l'administration de quelques gouttes d'HCl avant ou au milieu des repas.

Intoxications. — De toutes les intoxications, c'est l'alcoolisme et le saturnisme qui retentissent le plus souvent sur l'estomac de façon à déterminer une dyspepsie plus ou moins douloureuse, avec hyperchlorhydrie. Cette hyperchlorhydrie, toutefois, n'est pas constante; si elle est la règle au début de l'intoxication, elle est remplacée par l'hypochlorhydrie dès la période des altérations atrophiques des glandes gastriques.

Le tabagisme produit, comme l'ont démontré Sachetto et Tritolin, une diminution des sécrétions gastriques.

Dyspepsies d'origine circulatoire. — Les cardiopathes, les aortiques, les artérioscléreux, les malades atteints d'angine de poitrine, etc., présentent tantôt le type clinique de l'insuffisance gastrique avec hypochlorhydrie, tantôt des crises dont l'intensité peut être très grande (gastricisme initial des cardiaques de Germain Sée) et qui paraissent liées à une hyperchlorhydrie manifeste.

Dans toutes les maladies infectieuses ou non (paludisme, anémie pernicieuse, chlorose, etc.), dans toutes les intoxications (hydrogène arsénié, hydrogène sulfuré, etc.), qui provoquent l'hémolyse, ainsi qu'à la suite d'hémorragies abondantes ou répétées, on note une hypochlorhydrie plus ou moins prononcée, suivant l'intensité de la destruction ou de la déperdition globulaire. Il en est de même dans les cas d'anhématopoïèse ou insuffisance de la formation globulaire (anémie pernicieuse, aplastique, leucémie aiguë, etc.).

Dans les états anémiques graves, notamment dans la maladie de Biermer, dans le syndrome de Faber, ou chloranémie de Kaznelson, l'achylie est constante. Celle-ci, d'après certains auteurs, est la cause et non la conséquence de ces affections.

Dyspepsies nerveuses. — Le chimisme gastrique est extrêmement variable dans les dyspepsies nerveuses, c'est-à-dire dans les dyspepsies sans lésions digestives, sans substratum anatomique, uniquement dues à un trouble de l'innervation gastrique, que ce trouble soit primitif ou secondaire. Dans la dyspepsie nerveuse ainsi définie, l'acidité gastrique est tantôt élevée, tantôt faible, suivant la prédominance de la réaction vagale ou sympathicotonique de l'individu.

Dyspepsies d'origine endocrinienne. — Les affections des glandes endocrines sont susceptibles de modifier la teneur chlorhydrique des sécrétions gastriques en agissant sur les réserves chlorées de l'organisme. Les glandes thyroïdes jouent un grand rôle dans les réserves du chlore. Quand il y a hypothyroïdisme, ces réserves augmentent et il se produit de l'œdème et de l'hyperchlorhydrie. Inversement, l'administration de thyroïde, comme Eppinger l'a montré, épuise ces réserves. C'est pourquoi l'hyperthyroïdie, qui épuise le chlore de l'organisme, est généralement accompagnée d'hypochlorhydrie.

Le thymus qui inhibe la mobilisation du chlore tend à favoriser les œdèmes et à produire l'hypochlorhydrie. Son insuffisance, au contraire, provoque de l'hyperacidité.

Bradyls a pu constater que l'injection hypodermique de pituitrine provoque une baisse considérable d'HCL pendant une heure au moins.

La sécrétion interne du pancréas, par son action antagoniste de la thyroïde, a probablement aussi une action antagoniste à l'égard de la mobilisation des chlorures et doit contribuer à diminuer l'hyperchlorhydrie ou à favoriser l'hypochlorhydrie.

Enfin, rappelons que l'extrait hypophysaire en injection hypodermique a donné à Drouet et Simoni de bons résultats dans certains cas d'hyperchlorhydrie. Les hormones exercent sur le métabolisme une action différente. Suivant que celle-ci tend à épuiser ou à augmenter les réserves du chlore de l'organisme, la sécrétion gastrique est riche ou pauvre en acide chlorhydrique.

Dyspepsie héréditaire ou congénitale. — On constate une diminution de l'acide chlorhydrique et du pouvoir digestif du suc gastrique dans l'achylie héréditaire ou achylie primitive des familles dyspeptiques et dans l'achylie congénitale qui s'accompagne souvent de manisme et d'insuffisance génitale.

Ulcères de l'estomac. — Dans cette maladie, l'hyperchlorhydrie n'est pas constante. Elle manque dans de nombreux cas, parfois on note à sa place de l'hypochlorhydrie. D'après Fhiedenwald, dont la statistique porte sur 810 cas, l'hyperchlorhydrie ne se présente que dans 50 % de cas environ. Dix fois sur trente-sept, Loeper constate son absence. Sur 50 cas, nous ne l'avons trouvée que 35 fois.

Cancer de l'estomac. — L'hypochlorhydrie, qui est considérée comme l'un des symptômes importants du

cancer, ne se manifeste qu'à un moment tardif de l'évolution du néoplasme. L'hypochlorhydrie, en effet, est due à l'envahissement des glandes gastriques par les cellules cancéreuses ; elle n'apparaît, par conséquent, que lorsque la tumeur s'est développée et étendue, c'est-à-dire à un moment où la palpation suffit souvent pour déceler son existence.

Quelle que soit l'étendue du cancer, on trouve toujours dans l'estomac un peu d'acide chlorhydrique. L'anachlorhydrie absolue n'existe pas. Pour qu'elle se produise, il faut l'atrophie totale de la totalité des glandes gastriques, car toutes, les fundiques et les pyloriques, sécrètent l'acide chlorydrhique.

Causes des variations de l'acidité gastrique à l'état pathologique. — Nous venons de voir que certaines maladies sont accompagnées, soit d'hypo, soit d'hyperchlorhydrie, et que, parfois, dans la même affection de l'estomac (dyspepsie nerveuse, gastrite, ulcère, etc.), l'analyse du suc gastrique montre tantôt une acidité élevée, tantôt une acidité normale ou inférieure.

Il est intéressant de rechercher les causes de ces variations. L'estomac est innervé par le vague et le sympathique. Le pneumo-gastrique est le nerf moteur excito-sécrétoire de l'estomac, il peut contracturer le pylore, il excite les fibres musculaires de l'intestin, ralentit et inhibe le cœur.

Le sympathique, à l'encontre, est excito-sécrétoire de l'intestin, accélérateur du cœur, vaso-constructeur des vaisseaux abdominaux et dilatateur de la pupille.

En conséquence, la névrose du vague peut produire le spasme du pylore ou du cardia, l'hyperchlorhydrie, le spasme intestinal, la constipation, la bradycardie, l'angoisse et les tendances syncopales, la pâleur de la face et l'hypotension artérielle.

La névrose, l'irritation ou la lésion du sympathique, au contraire, produit la congestion gastrique, une certaine arythmie de l'estomac, l'accélération du transit intestinal, l'hypertension artérielle, la tachycardie et la rougeur de la face, etc.

Suivant, donc, que la maladie de l'estomac détermine l'irritation du vague ou du sympathique, le chimisme gastrique montrera de l'hyperchlorhydrie, dans le premier cas, une acidité normale ou une hypochlorhydrie dans l'autre cas.

Dans les gastropathies qui irritent à la fois le vague et le sympathique, l'un de ces deux nerfs prime habituellement l'autre et celui qui est le plus excité a la prépondérance physiologique et détermine son syndrome.

Parfois, l'irritation est alterne, tantôt vagale, tantôt sympathique. Dans ce cas, on note, tantôt l'hypochlorhydrie, tantôt l'hyperchlorhydrie.

Le dadon en thérapeutique (30 ans de recherches), par le Dr P.-E. MORHARDT, édité par les laboratoires Virac, 110, bd. Haussmann, Paris 8e.

Le livre du diabétique (Hygiène, régime, traitement) par M. Louis CAILLON, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. Un volume de 184 pages. Prix : 15 fr. Collection « Le livre du malade ». Maloine, éd., Paris.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LA FUMETERRE OFFICINALE SÉDATIVE, DÉPURATIVE ET ANTISCROFULEUSE

par Jean SCHUNCK DE GOLDFIEM
professeur à l'Institut de Criminologie pratique de Paris

Ainsi que nous le disons dans notre *Histoire de la Phythothérapie* (Hippocrate, édit. Paris), la fumeterre est une des plus anciennes armes phytothérapiques par son suc visqueux. On la confond parfois avec des espèces voisines : *Fumaria capreolata* (grimpante) et *Fumaria Vaillantii Lois*, celle-ci, sans aucune action.

Biochimie. — Le suc de fumeterre officinale contient un latex, de *l'acide fumarique* C^2H^2 (CO.OH)^2 et de la *Protopine* ou *Fumarine* $C^{20}H^{19}NO^6$, alcaloïde à noyau phénol à structure isoquinoléique ; de la chlorophylle ; des sucres ; des sels métalliques ; des protéides ; des lipides.

Pharmacodynamie. — La fumeterre est une des plantes les plus anciennement utilisées par les thérapeutes européens et orientaux, chrétiens et musulmans, et... l'une des moins connues des pharmacologues modernes. C'est en vain que l'on cherche des notions précises sur son action. Cette situation paradoxale pour une matière médicale toujours utilisée a attiré notre curiosité. Car, la fumeterre est bien un médicament et, qui plus est, un *médicament doué de l'inversion d'action.*

On en utilise le suc et on le fait absorber *per os.* C'est donc sous cette forme et cette voie d'administration que nous l'avons utilisé et étudié avec les résultats suivants : *Absorption :* Durant les expériences poursuivies sur le suc de fumeterre officinale, nous avons utilisé des doses moyennes de *deux grammes de Fumaria par kilogr. de poids vif des sujets.*

La fumarine est, en partie, scindée dans l'estomac, ainsi que les autres protéides. Il y a à ce niveau une résorption d'azote.

La majeure partie des principes actifs de la fumeterre sont absorbés au niveau du jejunum. La chlorophylle est scindée dans le tube digestif, le magnésium séparé de la molécule, ainsi que nous l'avons décrit dans *La Clinique* (mars A 1938). Les sucres sont résorbés complètement ainsi que la fumarine, quarante-cinq minutes environ après l'ingestion.

Modifications subies par la fumeterre dans l'organisme. — La fumeterre subit des modifications importantes dans le tube digestif, dans le sang et dans le foie particulièrement.

On voit apparaître, quelques heures après ingestion de fumeterre, des sulfoconjugués, la dissociation des sels métalliques, surtout de fer, de potassium, de calcium qui se combinent aux protéides du plasma. Les globules rouges fixent une partie de ces molécules complexes.

L'analyse décèle la formation de nitrates par oxydation. La fumarine s'oxyde partiellement.

Le noyau phénolique s'élimine en grande partie à l'état sulfoconjugué, surtout à l'état d'acide acétyl-para-aminophénylsulfurique et, d'autre part, s'unit à l'acide glycuronique, combinaison que l'on retrouve dans l'urine sous forme de traces d'acide acétyl-para-amino-phénylglycuronique.

On remarque aussi une démythélisation partielle.

L'acide fumarique se combine à l'ammoniaque urinaire

en deux acides aspartiques, ainsi que l'ont démontré Polonovski et Lespagnol :

$$HOOC—CH=CH—COOH+NH^3 \rightarrow HOOC—CH(NH^2)—CH^2—COOH$$

Modifications du sang sous l'influence de la fumeterre. La fumeterre est une des plantes qui agissent considérablement sur la nature physico-chimique du sang.

L'ingestion de fumeterre entraîne une légère alcalose sanguine, de faible durée. En raison des phénomènes primaires et secondaires dus à la constitution des principes actifs de la fumeterre, on observe de nombreux changements dans la composition chimique du plasma : concentration en protéides totaux, fixation d'ions, Fe et K.

Le pouvoir bactéricide du sang est accru.

Le nombre des hématies varie d'une façon curieuse. Dès le deuxième jour du traitement fumarique, on observe une augmentation des globules rouges et des globules blancs. Dès le dixième jour, le nombre des globules rouges diminue. Comment expliquer ce phénomène d'inversion ? A notre avis, la fumeterre mobilise les érythrocytes spléniques et lorsque la rate est, en quelque sorte, « vidée », la cure fumarique continue, pompe les érythrocytes au fur et à mesure de leur formation, tandis que les globules rouges précédemment mis en circulation se gorgent d'éléments chimiques « encrassants » et sont détruits par la phagocytose suractivée. On observe, en effet, durant une cure de *Fumaria*, la formation de polychromatophiles, d'hématies nucléées, de granulations de Grawitz et de Heinz. Or, le sang de personnes ayant besoin de fumeterre est généralement riche en ces éléments. Leur quantité s'accroît les premiers jours du traitement au fur et à mesure de la libération des érythrocytes spléniques. Par la suite, on n'observe plus que des hématies normales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 18 AVRIL 1939

Rapport au sujet d'une demande d'autorisation de coloration des crevettes. — M. TANON. Une lettre de M. le Ministre de la Santé publique, en date du 8 octobre 1939, demande à l'Académie de médecine, si elle considère qu'on peut corriger la coloration des crevettes pêchées sur les côtes d'Algérie, au moyen de certains colorants dérivés de la houille.

Les armateurs de pêche d'Algérie avaient, en effet, demandé à M. le Ministre de l'agriculture, au mois de mai 1938, l'autorisation de les colorer en rose, au moyen d'une minime quantité de colorant incorporé au court bouillon. Les côtes algériennes sont, en effet, très peu poissonneuses, la pêche insuffisante et un seul article que l'on trouve en quantité abondante pourrait tirer d'embarras les armateurs. Il s'agit de la crevette rose d'assez grosse taille mais qui, malheureusement, pâlit à la cuisson et devient d'un rose terne. La clientèle habituée à une belle présentation, ne sait pas alors l'apprécier, et jusqu'à présent ce débouché est très médiocre sur le marché français.

M. le Ministre de l'agriculture avait fait connaître que cette coloration pouvait être admise, à condition toutefois qu'elle ne serve pas à masquer une insuffisance de fraîcheur, et qu'elle fût obtenue avec une matière végétale.

Mais des essais faits au laboratoire du syndicat des armateurs, des chalutiers à vapeur et à moteur d'Alger pendant un an avec des colorants végétaux, n'ont donné aucun résultat. D'autres essais ont alors été faits avec des colorants autorisés pour diverses denrées alimentaires. fruits confits, sucreries, etc. Il s'agit du jaune Naphtol S, du rouge folode, et d'écarlate R dont l'emploi a été prévu par l'arrêté du 26 juin 1912 pour les liqueurs, pâtes de fruits, fruits confits, etc...

La Commission a considéré que tout en admettant que les colorants proposés ne sont pas toxiques, il est préférable de ne pas conseiller la coloration de ces crevettes qui peuvent très bien être vendues en France sous le nom de crevettes d'Algérie ou de bouquets d'Algérie, dénomination qui n'impliquera aucun sens péjoratif. Elle donne, en conséquence, un avis défavorable à la demande qui lui est présentée.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

De l'intérêt de l'étude de la localisation endocrinienne des substances toxiques. — M. René FABRE. — Dans un certain nombre d'intoxications, l'auteur a décrit des altérations des glandes endocrines, décelables histologiquement et susceptibles d'être à l'origine des accidents observés.

La localisation endocrinienne des toxiques a été peu étudiée, en raison probablement de la difficulté de recherche résidant dans le faible volume de ces glandes. Cependant, par suite de l'irrigation sanguine très abondante de celles-ci et de leur composition même, on pouvait prévoir la fixation élective des toxiques en rapport avec les troubles constatés. C'est ce que l'expérience a confirmé dans le cas de nombreux toxiques organiques ou minéraux étudiés.

Le cortex surrénal fixe en forte proportion les anesthésiques, la quinine, etc. ; les organes génitaux ont également un pouvoir fixateur notable à l'égard de ces substances. Dans l'hypophyse, la proportion de chrome et de fluer est très élevée. Quant aux barbituriques, on les retrouve en quantités proportionnellement importantes dans toutes les glandes riches en lipoïdes.

La vaccination antidiphtérique par l'anatoxine, en Belgique, au cours de ces dix dernières années. — (Présentation faite par M. DEBRÉ). — M. NELIS.

Résultat de l'application des doses médicamenteuses réfractées à court intervalle dans les trypanosomiases expérimentales. — M. LAUNOY.

Préparation immuno-chimique pour la cataphylactotransfusion. — MM. JEANNENEY et CASTANET.

La tularémie existe-t-elle en Afrique occidentale ? — MM. PELTIER, ARQUIÉ, JONCHERÉ et DURIEUX.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 1er MARS 1939

M. GRÉGOIRE prononce l'éloge de M. A. BÉCLÈRE, membre de l'Académie, décédé.

A propos des « perforations diastatiques » dans le cancer sténosant du pylore. — M. J. OKINCZYC maintient le terme qu'il a utilisé dans son observation ; on ne peut exclure l'action mécanique de la surdistension agissant sur la paroi gastrique.

A propos du verrouillage par greffons articulés des luxations atloido-axoidiennes avec fractures de l'apophyse odontoide. — M. B. DESPLAS estime que cette méthode

donne une sécurité suffisante, les glissements secondaires tardifs étant l'exception dans ces fractures luxations cervicales hautes.

Corps étrangers ostéo-cartilagineux de la bourse séreuse du biceps au pli du coude. — M. R. DESJACQUES, M. P. MAULONGUET, rapporteur.

Volvulus gastrique. — M. BOPPE rapporte une observation de MM. R. IMBERT et ESCARRAS. Il existe deux grandes variétés de volvulus gastrique : le volvulus sur le grand axe longitudinal cardio-pylorique dit organo axial, dans lequel la grande courbure devient supérieure et la face antérieure postérieure ; le volvulus sur l'axe transversal dit mesenterio axial où l'estomac se tord comme un colonsigmoïde sur le mésogastre postérieur.

Dans l'observation rapportée, il s'agit d'un volvulus mixte par torsion autour des deux axes. Fait particulier, le malade n'avait ni efforts de vomissements ni le ballonnement dur et tendu de la région épigastrique.

M. Basset et M. Lardennois ont observé également des cas de volvulus gastrique dont ils rapportent les observations.

Cancer développé autour d'un corps étranger. — MM. BERGERET, HIRSCHBERG et MILLOT.

Dixthymectomies pour troubles de la croissance, maladies osseuses et articulaires, pour sclérodermie. - MM. LERICHE et JUNG ont constaté au cours des interventions sur les parathyroïdes que lorsque le corps thyroïde est de petites dimensions, on ne trouve par la parathyroïde inférieure à sa place normale. En cherchant plus bas, on attire souvent une longue masse jaunâtre venant de l'espace rétrosternal ; l'examen histologique de cette masse leur a montré qu'il s'agissait d'un thymus très actif sans lésion appréciable renfermant une parathyroïde inférieure incluse. L'origine embryologique communl du thymus et de la parathyroïde inférieure amène à dire que la continuité tissulaire thymus-parathyroïde est à peine une anomalie. Il y aurait même un développement inverse du corps thyroïde et du thymus, celui-ci pouvent fort bien persister toute la vie.

La physiologie thymique est encore mal connue, mais cette glande joue sûrement un rôle sur la croissance squelettique, sur la maturation sexuelle, une influence sur le métatolisme minéral.

MM. Leriche et Jung ont fait 10 thymectomies :

— dans trois cas de dystrophie de croissance, l'untervention a été suivie d'une grande amélioration ;

— dans trois cas de polyarthrites ankylosantes, les douleurs ont diminués (dans une proportion considéérable pour un cas) ;

— dans 3 polyarthrites déformantes, les malades ont été également améliorés : diminution des douleurs, récupération fonctionnelle partielle ;

— Chez une sclérodermique l'ablation simultanée du thymus et d'une parathyroïde a été suivie d'amélioration.

Thymectomie dans un cas de myopathie. -- MM. LERICHE et JUNG.

L'existence d'une hypertrophie thymique au cours des myopathies a été signalée depuis longtemps. Les auteurs ont fait une thymectomie chez une jeune fille de 16 ans très touchée par la maladie. Suites opératoires immédiates satisfaisantes quoique douloureuses.

Au point de vue technique, le thymus peut être enlevé sans difficulté par voie cervicale ; seules comptent les branches artérielles latérales venues des mammaires internes et l'artère centrale dont la ligature permet l'ascension du thymus.

M. Welti estime que dans 80 p. 100 des cas le thymus est cervico-thoracique et la parathyroïde inférieure est en voisinage de la corne thymique supérieure qui remonte jusqu'au voisinage du corps thyroïde.

M. Veau estime que chez le nourrisson la thymectomie par voie cervicale est facile ; il l'a exécutée une vingtaine de fois.

Inversion utérine ancienne. Hystérectomie. — M. J. de FOURMESTREAUX.

Double fistule entéro-utérine. — M. P. WILMOTH.

LIVRES NOUVEAUX

Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse, par René BURNAND. Chargé de cours à l'Université de Lausanne. Un volume de 136 pages (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications, n° 13), 24 fr. Masson et Cie, éd., Paris.

L'auteur, familiarisé par trente années de pratique phtisiologique attentive avec les multiples aspects de la maladie tuberculeuse, a été frappé par l'extrême fréquence de syndromes morbides tributaires de l'infection bacillaire mais se différenciant nettement de la tuberculose commune. Alors que celle-ci se manifeste par l'apparition de foyers lésionnels évidents, dont la nature est attestée par les critères radiologiques, bactériologiques, anatomiques et humoraux classiques, il s'agit de types cliniques jusqu'ici à peine décrits, affectant l'aspect d'une maladie générale et pour ainsi dire constitutionnelle. Les sujets se présentent comme d'éternels subfébriles, ou des déséquilibrés de la nutrition.

M. Burnand groupe l'étude de ces syndromes sous deux rubriques essentielles : **l'état bacillaire chronique** et la **patraquerie bacillaire,** formes cliniques de tuberculose dont il a déjà esquissé la description dans divers mémoires.

Il reprend ici cette étude d'une manière approfondie. Afin d'éclaircir si possible la pathogénie de ces formes cliniques de bacillose, il les rattache à certains syndromes classiques déjà bien connus : spécialement aux granulies chroniques et migratrices.

Dans un chapitre de pathogénie, M. Burnand s'attache à démontrer que l'ensemble des recherches modernes, dans l'ordre de la clinique générale, de la dermatologie, de la bactériologie et de l'anatomie pathologique, ont préparé les esprits à faire une place en nosologie à ces formes curieuses de la maladie tuberculeuse. Ici, le virus causal se dissimule, les foyers de tuberculose n'apparaissent que comme des stigmates discrets; ils sont souvent d'une latence absolue, et leur effacement oblige le praticien à chercher ailleurs le substratum essentiel de la maladie. Celle-ci, bien que s'affirmant par plusieurs caractères comme étant causée par l'infection tuberculeuse, se manifeste essentiellement par des troubles chroniques des principales fonctions de l'économie.

On voit quel est l'intérêt doctrinal de ce livre pour les cliniciens qui depuis longtemps ont pressenti les vérités qu'il développe.

L'ouvrage de M. Burnand répond en quelque mesure au vœu émis par certains bactériologues (Calmette), qui sollicitent de la part des cliniciens une description systématiques des types morbides de la maladie tuberculeuse causés par les formes atténuées ou atypiques du virus tuberculeux.

La mise au point proposée par M. Burnand comporte naturellement bien des points encore obscurs et énigmatiques. Mais ses descriptions cliniques sont précises, nuancées, indiscutables. Les praticiens sauront gré à l'auteur d'avoir consacré son effort à en préciser les contours. L'imprégnation bacillaire, se présentant souvent au praticien sous un aspect vague et confus, quand elle n'emprunte pas le masque d'une affection étrangère à la bacillose.

Un chapitre de thérapeutique termine ce volume, qui devait être écrit, et sera certainement accueilli avec faveur, même en dehors des milieux de phtisiologues.

—

Les principales positions utilisées en radiographie (technique, indications, résultats), par L. Delherm et H. Morel Kahn. 2e édition revue et complétée. Un volume 16×25, 220 pages, 165 figures, entièrement tiré sur papier couché. Prix broché: 120 fr.; cartonné: 140 fr. Librairie Maloine, Paris.

Dans cette deuxième édition, revue, complétée, et dont toute l'iconographie a été renouvelée, les auteurs ont repris la formule, justifiée par le succès, de la réalisation primitive de cet ouvrage, c'est-à-dire qu'ils se sont surtout préoccupés de présenter un volume de pratique.

Sans avoir la prétention d'être complets, ils se sont efforcés de réunir les techniques les plus habituellement employées, et reconnues comme les meilleures, sans d'ailleurs oublier pour cela celles qui sont d'un emploi moins courant, mais auxquelles il peut être donné de recourir.

Le plan de l'ouvrage n'a pas été modifié; pour chaque région étudiée, le lecteur trouvera :

1° la description des principales positions utilisées en radiographie avec les précautions qu'il convient d'observer;
2° les résultats obtenus;
3° les principales indications;
4° au point de vue iconographique, la photographie de la position décrite, et un cliché radiographique montrant ce qu'elle permet d'obtenir.

Comme chaque jour voit s'étendre le domaine du radiodiagnostic les auteurs ont pensé qu'il serait intéressant d'ajouter aux données classiques certaines techniques préconisées pour l'examen de régions qui, jusqu'à ces dernières années, échappaient à l'exploration radiologique comme l'appareil pharyngo-laryngé, ou la glande mammaire..., il leur a paru enfin que la question de la localisation des corps étrangers, appelée à se poser fréquemment dans les services de radiologie, ne saurait être passée sous silence, et ils l'ont rapidement exposée.

Le but de ce volume est de permettre à tous les radiologistes de réaliser, avec les moyens habituels dont ils disposent, les radiographies les plus courantes, et le radiologiste averti saura, sans difficulté, appliquer les conditions particulières, ou les techniques spéciales, que pourraient commander l'état des malades ou blessés, ou certains cas spéciaux.

Conçu pour avoir sa place marquée dans tout service de radiologie où il peut toujours être utile d'avoir sous la main une source de renseignements techniques, ce volume intéressera plus particulièrement ceux qui s'initient à la radiologie, les praticiens qui y trouveront des indications radio-cliniques, les techniciens à qui il indiquera les procédés classiques, et leur application correcte.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS PLEURO-PULMONAIRES DE LA ROUGEOLE

Elles sont encore à l'heure actuelle les complications majeures et redoutées des épidémies de rougeole.

Relevant *d'infections secondaires* qui peuvent survenir à toutes les périodes de la maladie, elles sont essentiellement *contagieuses*, ce qui justifie les mesures préventives strictes qui s'imposent dans les collectivités d'enfants (*isolement-boxage*. Séro et vaccinothérapie préventives surtout *sérum de convalescent*).

I. — **Les broncho-pneumonies** occupent, par leur fréquence et leur gravité, la première place.

Dans leurs formes aiguës, elles présentent un ensemble de *symptômes fonctionnels* communs dont l'importance diagnostique est telle qu'il suffit de les reconnaître en observant l'enfant dans son lit, en le *regardant respirer*, pour suspecter à juste titre la broncho-pneumonie — c'est un enfant en proie à une *dyspnée* vive. Cette dyspnée, fait essentiel, s'accompagne de *battement des ailes du nez*, signe primordial, et *d'inversion* du rythme respiratoire, l'inspiration étant lente et l'expiration brève, gémissante.

A cette dyspnée bien particulière s'ajoutent de temps à autre les *crises de toux* « moniliforme » et un *tirage sous-sternal*, le tout formant un ensemble symptomatique très évocateur.

A. Il est particulièrement prononcé au cours de la *forme suraiguë* que revêtent volontiers chez les enfants du premier âge, et dans certaines épidémies, les Br.-Pn. morbilleuses, c'est le *catarrhe suffocant* ou *bronchite capillaire*.

Son début : pendant la période d'invasion de la rougeole (l'éruption sort mal) — ou contemporain de l'éruption — par la *dyspnée* d'emblée maxima et une ascension thermique brutale, souvent des phénomènes nerveux (convulsions, signes méningés).

L'intensité des manifestations fonctionnelles oriente vers la complication pulmonaire que l'intensité, la généralisation rapide des bruits bronchiques, réalisant le classique « bruit de tempête » viennent confirmer.

Le pronostic est dicté par l'évolution des signes généraux : celle-ci passe généralement par deux phases, la longueur de la première étant fonction de la *résistance* de l'enfant (quelques heures chez les rachitiques) : une première phase de réaction, où *l'élément de gêne mécanique* domine : enfant se débat, cyanose, facies vultueux..., suivie, plus ou moins vite, de la seconde phase où *l'élément toxique et infectieux* prend le dessus : enfant pâle, inerte, respiration courte, souvent Cheyne-Stokes.

La rapidité du pouls, des convulsions annoncent de peu le collapsus mortel malgré le traitement intensif où *l'oxygénothérapie* et le traitement cardio-vasculaire ont la première place.

Une forme clinique : aspect de pseudo-œdème aigu du poumon, que les saignées peuvent *passagèrement* améliorer.

B. *Les formes aiguës* sont plus fréquentes et se voient à tout âge. Elles surviennent soit à la fin de l'éruption, soit nettement au cours de la convalescence.

Deux types anatomo-cliniques.

1. *Type lobulaire :* c'est la *Br.-Pn. à foyers disséminées.*
Son début : Insidieux et sournois, pâleur, abattement et somnolence ou au contraire agitation et anxiété, ascensions thermiques capricieuses, accélération du pouls.

Surtout : dyspnée progressive, qui finit par dominer, avec ses caractères si particuliers, le tableau clinique.



A renvoyer immédiatement au GUIDE ROSENWALD, 99, rue d'Aboukir, PARIS (2e)

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le GUIDE ROSENWALD 1939, qui vient de paraître, sera remis gratuitement aux Confrères praticiens exclusivement sur présentation de leur carte, 99, rue d'Aboukir, Paris-2e, jusqu'au 31 mai 1939.

Port à domicile par poste recommandée, 6 fr. 50 (en timbres ou en versement au C.C.P. Paris 405-75

Nom et prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... Décorations : ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Jours et heures de consultations : .... N° de téléphone : ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur : (1) ....

Date et signature :

(1) Ces deux renseignements, utiles au contrôle, ne sont pas publiés.

Etat : Un fait essentiel : *c'est une succession de poussées* sur un fond continu de dyspnée et cyanose et, à l'auscultation, des râles diffus.

S. f : recrudescence de signes fonctionnels, avec phénomènes nerveux parfois (convulsions...).

S. g. : ascension thermique brutale à 40°, ou plus.

S. p. : un petit foyer de râles sous-crépitants avec parfois un souffle doux — dans une partie limitée d'un poumon.

Ce foyer dont les limites restent floues est purement congestif au début : *ou bien il va régresser* et une rémission s'amorce, qu'inscrit la courbe thermique.

Ou bien il va évoluer vers l'hépatisation : petit foyer submat où s'entend un souffle fixe entourée d'une couronne de râles fixes réalisant parfois un syndrome pseudo-cavitaire — à son niveau retentissement bronchophonique de la toux et du *cri*.

Des foyers *successifs* s'allument et ainsi se précise le caractère essentiel de cette forme de broncho-pneumonie : *bilatéralité, diffusion, mobilité.*

Le pronostic est régi par : *l'âge de l'enfant, son milieu social* (Rachitisme) ; le type de l'épidémie morbilleuse.

Surtout : *la façon dont l'enfant réagit : sous l'effet du traitement* (2 mots) noter : *le facies, le pouls.*

L'importance des phénomènes cardiaques (embryocardie) ou digestifs (diarrhée) ou nerveux associés.

La fréquence des foyers qu'inscrivent les écarts entre chaque clocher sur la courbe thermique.

L'évolution aiguë se poursuit une dizaine de jours en moyenne et aboutit : *soit à la mort par asphyxie* avec insuffisance cardiaque ou par *toxémie* dans le collapsus progressif, *soit à la guérison* mais après une défervescence très lente et une convalescence interminable, l'enfant restera longtemps pâle, fatiguée, il doit être particulièrement surveillé.

2. *Type pseudo-lobaire :* cette forme de broncho-pneumonie réalise l'intermédiaire entre la forme précédente, et la pneumonie infantile.

Son début : est en général assez brusque par ascension thermique et dyspnée et assez rapidement, extériorisé par les manifestations fonctionnelles déjà vues, se précise *le foyer.*

Dans une région limitée, généralement *une base*, submatité, foyer soufflant avec râles de différents calibres, bronchophonie.

Des signes concomitants de bronchites disséminée, l'apparition de foyers multiples ou successifs différencient cette forme de la pneumonie franche.

Bien que plus bruyante que les Br.-Pn. lobulaire, elle est souvent moins grave et peut tourner court avec une défervescence rapide, sinon brusque.

Alors que la première est généralement de nature *streptococcique* d'emblée, c'est, pour la seconde, le *pneumocoque* qui paraît habituellement en cause, mais ces notions n'ont rien d'absolu. Surtout en milieu hospitalier, la *surinfection* est fréquente, surtout la surinfection *streptococcique* et *diphtérique*, fait sur lequel insistent nombre de pédiâtres, et qui justifie pleinement la sérothérapie préventive (se méfier du jetage nasal persistant avec ulcérations).

Complications évolutives. Quelle que soit leur nature, ces Br.-Pn. peuvent, pendant leur phase aiguë, se compliquer :

1. *de pleurésies :* avant tout séro-fibrineuses, puriformes, mais surtout *purulentes* : dans la grande cavité, ou cloisonnées (signes habituels de suppuration, importance de la radio, de la ponction).

2. *de péricardite purulente*, très souvent latente.

3. *de localisations septicémiques* (arthrites, abcès du cerveau...).

Complications tardives. L'évolution ultérieure de ces broncho-pneumonies aiguës morbilleuses peut poser des problèmes diagnostiques extrêmement délicats.

Il s'agit de ces cas où, après la phase aiguë, la *fièvre* persiste irrégulière, oscillante, — enfant reste pâle, maigrit, ne mange pas, a la diarrhée — présente souvent une polyadénopathie, parfois expectore, bref a l'aspect d'un tuberculeux.

Auscultation : persistance du souffle et des râles qui souvent deviennent humides, caverneux.

Le problème se pose : entre les diagnostics de *broncho-pneumonie subaiguë* forme traînante,
et ceux de *dilatation bronchique* et de *tuberculose pulmonaire*, car la rougeole est anergisante.

Difficulté extrême du problème.

Importance : des *cuti-réactions* répétées, des examens de l'expectoration, des *radiographies*, examen du liquide stomacal et tamisage des selles pour recherche du BK.

En fait : souvent *argument évolutif.*

1. Cette broncho-pneumonie traînante a un pronostic meilleur : réserve faite des séquelles pulmonaires qu'elle laisse, sclérose bronchique, point d'appel aux infections ultérieures. En milieu hospitalier sur ce terrain fragilisé, fréquence des complications intercurrentes (coqueluche, scarlatine) alors très graves.

2. *La dilatation des bronches* (expectoration sans BK, radio- petites hémoptysies), n'a pas, comme chez l'adulte, un pronostic grave, si on peut enrayer l'évolution vers la chronicité.

3. *La tuberculose* compliquant les broncho-pneumonies morbilleuses peut se présenter sous des aspects cliniques variés dont le diagnostic est souvent difficile au cours ou au décours de l'affection causale.

Aspect de broncho-pneumonie aiguë, dont l'histoire se confond ou suit de peu la broncho-pneumonie initiale.

Aspect de granulie (discuter le catarrhe suffocant), où l'allure évolutive rapide est le meilleur test.

Aspect ordinaire à début insidieux et torpide.

Aspect bâtard de l'adénopathie trachéo-bronchique, où toutes les discussions sont ouvertes : cuti-réactions en série, radiographies.

II. — Les autres complications pulmonaires morbilleuses.

Abcès du poumon. — Les collections suppurées parenchymateuses paraissent plus fréquentes que jadis. Classiquement, elles *compliquent* un foyer de broncho. En fait, généralement *primitives.* Germe d'infection secondaire (pneumo ou strepto). Signes essentiels : début brutal, petite vomique et expectoration purulente quel que soit l'âge de l'enfant, importance de la radiographie, évolution aiguë habituellement bénigne. Ils surviennent de préférence au début de la convalescence.

Congestions pleuro-pulmonaires. — On les observe parfois à la période post-éruptive et le liquide pleural revêt dans quelque cas le type d'un épanchement puriforme aseptique.

Pneumonie. — Peut être précoce, est plus souvent tardive. Son pronostic, tout en étant plus favorable que celui des broncho-pneumonies, reste cependant grave, car danger de pleurésie purulente secondaire.

En fait, tout est centré sur les lésions broncho-pneumoniques. Insister sur le traitement *préventif* qui peut seul juguler la gravité des épidémies, l'importance de l'âge de l'enfant et de sa résistance, les heureux effets de l'oxygénothérapie, mais toujours réserver l'avenir.

G. LE SUEUR.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.


BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & C

N° 34. — SAMEDI 29 AVRIL 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

L'antisepsie interne des maladies microbiennes par des dérivés du soufre. Quelques notions d'ordre chimique et rappel historique, par M. Ernest FOURNEAU.

Sulfamidothérapie. Posologie et conduite du traitement chez l'adulte, par M. Robert TIFFENEAU.

Les sulfamides en médecine infantile, par M. L. BABONNEIX.

Etat actuel du traitement de la blennoragie par les sulfamides, par MM. R. GOUVERNEUR, A. JAUBERT et Charles MOTZ.

Mon expérience de la sulfamidothérapie préventive à la maternité de Port-Royal, par M. V. LE LORIER.

Les accidents du traitement sulfamidé, par M. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

L'emploi chez le nourrisson de vitamines associées entre elles ou a d'autres produits, par M. L. BABONNEIX.

PRATIQUE MÉDICALE.

Alimentation des enfants déficients d'âge scolaire, par M. J. BÉNECH.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux, 2e concours de nomination.* — Jury : MM. les Docteurs Moulonguet, Fey, Marion, Boppe, Grégoire, Gaudard d'Allaines, Laroche.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* Epreuve écrite. Pathologie chirurgicale (lecture des copies). Notes : MM. Monsaingeon, 19 ; Champeau, Debeyre, Morel-Fatio, 18 ; Nardi, 17 ; Cordebar, Debidour, 16.

Total des notes de l'écrit : MM. Debeyre, Monsaingeon, Morel-Fatio, 62 ; Champeau, 60 ; Cordebar, Nardi, 57 ; Debidour, 56.

Oral. — Séance du 24 avril : MM. Champeau et Nardi, 18 ; Debeyre, Monsaingeon et Morel-Fatio, 17 ; Cordebar et Debidour, 16.

Faculté de médecine d'Alger. — M. Ferrari, agrégé libre, est chargé d'un cours de médecine opératoire.

Ecole de médecine de Rennes. — M. Roger Marnelle est institué professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et obstétricale.

Citation à l'ordre de la nation. — Le Gouvernement de la République française cite à l'ordre de la nation :

M. le docteur Gillard (Henri-Louis-Armand), médecin chef des Forges et mines de Hayange. Praticien d'une grande bonté et d'un inlassable dévouement. Décédé le 7 avril 1939 dans l'exercice de ses fonctions, des suites d'un attentat commis contre sa personne par un malade.

Guerre. — Le médecin général Passa a été placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

Ministère de la Santé Publique. — M. le docteur Perrier, directeur du bureau d'hygiène de Rouen, a été nommé inspecteur départemental d'hygiène du Var.

Inspection départementale d'hygiène. — Par arrêté en date du 12 avril 1939, ont été maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 :

I. — *Inspection départementale d'hygiène.*

M. le docteur Delteil, inspecteur départemental d'hygiène du Lot-et-Garonne.

M. le Docteur Vielledent, inspecteur départemental d'hygiène du Nord.

II. — *Directeurs de bureau d'hygiène des villes de plus de* 100.000 *habitants.*

M. le docteur Techoueyres, directeur du bureau d'hygiène de Reims.

III. — *Directeurs du bureau d'hygiène des villes dont la population est comprise entre* 50.000 *et* 100.000 *habitants.*

M. le docteur Salmon, directeur du bureau d'hygiène de Boulogne-sur-Mer.

Par arrêté en date du 12 avril 1939, M. le docteur Goulley, inspecteur départemental d'hygiène en disponibilité, est maintenu en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 à titre provisoire en attendant l'intervention d'un texte réglant la mise en disponibilité des fonctionnaires des services d'hygiène.

Conseil supérieur de l'assistance publique. — Sont nommés membres du conseil supérieur au titre de médecins des asiles publics d'aliénés : MM. le Dr Demay et le professeur Perrens.

Au titre des membres du corps médical des hôpitaux : MM. les docteurs Couvelaire (de Paris) et Desbouis (de Caen).

Prix Bandelac de Pariente. — Ce prix créé, pour commémorer la fondation, en 1912, de l'U.M.F.I.A. (Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine) ou Union Médicale Latine a été décerné en 1938 au docteur Luis Escomel de la Piedra, de Lima, pour sa brillante thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, sur la « Contribution à l'Etude des Trombophlébites de la Veine porte ».

Le doyen de la Faculté, M. le professeur Tiffeneau a bien voulu remettre la somme de mille francs, montant du prix Bandelac de Pariente, à S. Exc. M. Garcia Calderon, ministre du Pérou en France, en présence du donateur vice-président-fondateur de l'U.M. F.I.A., en priant S. Exc. M. Garcia Calderon de vouloir bien la faire parvenir au docteur Luis Escomel de la Piedra.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec une vive peine la mort de notre collègue et ami le Professeur Merklen, ancien interne des hôpitaux de Paris (1896), ancien doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, correspondant de l'Académie de médecine, et celle du docteur Henri Fontaine, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Camille Chalamon, administrateur délégué de la Sté Gle des Eaux minérales de Vals St-Jean, chevalier de la Légion d'honneur.

M. Chalamon a joué un rôle de tout premier plan dans la rénovation de la station. Par son aménité et sa haute courtoisie, par ses qualités de cœur et d'esprit il avait conquis l'estime et l'affection de tous. Nous adressons à Madame Chalamon et à ses enfants l'expression très émue de notre profonde sympathie.

Notions d'hygiène et d'administration du service de santé, par le médecin lieutenant-Colonel Prat. Prix : 30 fr. Chez Lavauzelle, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Livre très utile à consulter actuellement et donnant une idée nette de l'organisation du service de santé sur le territoire et aux armées.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

L'EMPLOI, CHEZ LE NOURRISSON, DE VITAMINES ASSOCIÉES ENTRE ELLES OU A D'AUTRES PRODUITS

par M. L. BABONNEIX.

L'administration des vitamines aux nourrissons soulève d'importantes questions qui sont loin d'être encore toutes résolues et dont voici, pour le praticien, celles dont l'intérêt est le plus immédiat.

***

1°) *Ne peut-on concevoir des carences portant à la fois sur plusieurs vitamines ?*

Assurément si. M. Ed. Lesné et ses élèves n'ont-ils pas décrit, chez le nourrisson, des syndromes dus, les uns, aux avitaminoses A et B associées, les autres, aux avitaminoses B et D ? Ne savons-nous pas aujourd'hui que le scorbut est le fait, soit d'une collaboration entre deux avitaminoses : C et P, soit d'un régime trop pauvre en vitamine C, trop riche en vitamines A, B et D (Lelong, Mouriquand) ?

A cette conception, on peut adresser quelques objections, que nous empruntons à l'excellent petit livre de M. Maurice Uzan, intitulé *Vitamines des aliments* (Paris, 1938, in-8° de 71 p.) :

1°) Nous sommes encore dans l'incertitude en ce qui concerne la « teneur en vitamines des aliments suivant qu'on les considère à une latitude ou à une autre, sous un climat ou sous un autre, à l'une ou l'autre raison » (M. Uzan). Suivant aussi la technique employée, et ce n'est que sous toutes réserves qu'on peut accepter les moyennes fournies par cet auteur :

Enfant

Vitamine A	2.500 U. I.
Vitamine B1	450 U. I.
Vitamine B2	600 U. S.
Vitamine C	800 U. I.
Vitamine D	750 U. I.

(×) 1 Unité Sherman-Bourquin — 0,02 mg. de lactoflavine (ou riboflavine).

2°) Nous ne connaissons encore ni toutes les vitamines ni toutes les propriétés de celles que nous connaissons ;

3°) Leur activité varie selon la forme sous laquelle elles se présentent ;

4°) Il ne faut pas perdre de vue l'*antagonisme* entre certaines d'entre elles, la *synergie* entre certaines autres.

5°) Elles n'agissent que si elles sont équilibrées entre elles et avec le reste de la ration alimentaire.

Objections non sans valeur, mais dont la plupart n'ont guère qu'un intérêt théorique et peuvent être écartées au moyen de techniques appropriées, comme nous le verrons dans un instant.

S'il est aisé de concevoir, en principe, des carences portant sur plusieurs vitamines à la fois, un seul moyen pratique de les traiter : l'emploi de préparations spécialisées, comme on en trouve aujourd'hui dans le commerce.

Nous avons déjà vu que, dans bien des cas, elles *associent vitamines A et D,* soit sous forme d'huile de poisson (huile de foie de morue, de flétan), soit sous forme de solutions huileuses, que l'on prescrit à la dose de quelques gouttes par jour, dix jours de suite.

D'autres apportent à l'organisme du nourrisson, sous forme de poudre de carottes administrée par pincée dans chaque biberon, les *vitamines B et C.*

D'autres associent les *vitamines C,* sous forme de jus d'orange, *et D.*

D'autres contiennent à la fois les *vitamines A, B et C.*

Les *vitamines A, B, C et D* peuvent être associées de diverses façons, sous forme de préparations qui donnent de bons résultats dans nombre d'états pathologiques du nourrisson : carences frustes et initiales, états de dénutrition, hypotrophie ; troubles digestifs : anorexie, diarrhée ou constipation ; anémie, rachitisme, infections (Januske) à toutes les périodes, tendance à la déminéralisation et aux hémorragies, etc.

2°) *Suffit-il, pour guérir un nourrisson malade, de lui administrer, selon les cas, une ou plusieurs vitamines ?*

Assurément non. Pour nécessaire qu'elle soit, cette thérapeutique n'est pas suffisante. Il faut, de toute nécessité,

I. — *Aux vitamines, associer d'autres substances minimales :*

a) divers *métaux* et *métalloïdes,* intervenant à doses infimes dans les réactions chimiques, qu'ils précipitent par action catalytique (G. Bertrand).

Des *métaux,* les principaux sont le cuivre, dont le lait de vache ne contient que de très faibles quantités ; le manganèse, qui paraît être l'élément actif des oxydases ; le nickel, le colbat, le zinc, etc., le magnésium (G. Bertrand).

Parmi les *métalloïdes,* ce sont surtout l'arsenic, le brome, le fluor qui accompagnent le phosphore dans ses combinaisons et semblent favoriser sa fixation ; l'iode, qui joue un rôle important dans la croissance ; le silicium.

b) des *amino-acides,* dont la plupart sont contenus dans les aliments d'origine animale et dont les uns sont *indispensables à l'entretien :* tryptophane et histidine, tandis que d'autres sont *indispensables à la croissance :* histidine, qui agit particulièrement sur la croissance (Ackroyde et Hopkine) et, aussi, sur l'hématopoïèse (G. Fontès et L. Thivolle) ; cystine ; lysine, dont il faut rapprocher le glutathion, qui joue, en physiologie, le rôle de transporteur.

c) des *substances de lest,* agissant plus par leur volume que par leur composition chimique et semblant jouer, chez les sujets jeunes (R. Lecoq), un rôle capital dans le développement.

d) d'*autres substances,* parmi lesquelles celles qui sont capables d'*intervenir dans les processus d'oxydo-réduction :* nous avons déjà vu le rôle, dans ces processus, de certaines vitamines (lactoflavine, acide l-ascorbique). Joignons-y le *glutathion,* dont les expériences de Blanchetière et Léon Binet ont montré l'importance dans la respiration cellulaire, dans la croissance, dans les fonctions de la cortico-surrénale.

II. — *Appliquer au régime tout entier la loi des équilibres alimentaires,* en vertu de laquelle « le seul fait de fausser les rapports existant entre les divers constituants d'une ration, par suppression ou diminution de l'un ou l'autre de ces constituants, suffit à gêner ou même à entraver totalement l'assimilation et l'utilisation des autres » (Mad. L. Randoin et R. Lecoq).

Dans le régime du nourrisson, un équilibre strict doit donc exister entre

a) Protides, glucides et lipides.

Chez le nourrisson normal, l'équilibre est obtenu par l'administration d'une part de protides, de 2, 4 de lipides et de 4 de glucides.

M. Visco propose les chiffres suivants : protides : 15 % ; lipides, 35 % ; glucides, 50 %.

b) Chacune de ces trois variétés d'aliments.

Les *protides* doivent être d'autant mieux équilibrés qu'ils ne sont pas interchangeables. Rappelons, à ce sujet, que les protides *animaux* doivent figurer, dans le régime, au moins en même quantité que les protides végétaux ; que les protides *végétaux* doivent être associés entre eux, de manière à parer aux déficiences de chacun en tel ou tel amino-acide, et, autant que possible, mélangés au lait dont les protides contiennent des amino-acides indispensables à l'entretien et au développement.

Pour les *lipides*, on se rappellera que les graisses animales sont bien supérieures aux graisses végétales, celles-ci très pauvres, celles-là très riches en vitamines. C'est donc aux premières que l'on doit surtout s'adresser (Ed. Lesné et G. Dreyfus-Sée).

Mêmes observations au sujet des *glucides*, qu'il faut tâcher d'équilibrer entre eux, de manière à ce que le régime contienne :

1°) des *sucres non hydrolysables, glucoses* ou *oses*, de formule $C^6H^{12}O^6$: galactose, glucose, lévulose ;

2°) des *composés hydrolysables, glucosides* ou *osides*, parmi lesquels, surtout, les diglucosides : lactose, maltose et saccharose, de formule $C^{12}H_{22}O_{11}$, et les polyglucosides : amidon, cellulose, dextrines.

3°) *Les sels minéraux entre eux et avec le reste de la ration alimentaire.*

4°) *Les diverses vitamines.*

5°) *Vitamines, d'une part, protides, glucides et lipides, de l'autre.*

6°) *Vitamines et calories*, l'augmentation de l'écart calories-vitamines favorisant, chez les enfants soumis à un régime déséquilibré, l'apparition des phénomènes scorbutiques (G. Mouriquand).

7°) *Les divers amino-acides.*

8°) *Les substances de lest et les aliments précédents.* Pauvre en substances de lest, le régime s'oppose au développement normal et déclenche des troubles divers. Contenant un excès de ces mêmes substances, il est mal toléré.

9°) *L'eau et les divers composants de la ration.* La quantité d'eau nécessaire au nourrisson normal est de 150 g. par kilogramme.

***

C'est en se fondant sur ces considérations théoriques que certaines maisons ont préparé des produits où, aux vitamines, sont associés, en quantité convenable, divers produits :

substances « encombrantes » : agar-agar, mousse de Corse et bourdaine, de manière à réaliser un véritable balayage de l'intestin. Elles conviennent plus, à vrai dire, à l'enfant qu'au nourrisson ;

malt ;

principes minéraux : carbonate et nucléinate de calcium, phosphate de magnésium, nucléinate de manganèse, inosito-phosphate de chaux et de magnésie, etc ;

produits opothérapiques : foie total, glandes surrénales, thyroïde, etc. ;

des *protides ;*

des *lipides :* phosphatides (lécithines), cholestérol (1), etc. ;

des *glucides ;*

des *ferments :* ferment lab, extrait de Papaïa, etc. ;

des *produits divers : chlorophylle* (2), glutathion.

LIVRES NOUVEAUX

Guide médico-social, par Ed. DEHAUSSI. — Un vol. in-8° coquille, 360 pages, relié : 40 francs (franco : 42 francs). S'adresser à M. Desgrippes, 147, rue de Rennes, Paris (6e).

Le Guide médico-social est consacré à l'application des lois sociales dans leurs rapports avec l'exercice de la médecine.

D'une formule inédite, il répond à un besoin nouveau lié à la transformation de la profession médicale sous l'influence de ces lois et à l'intervention d'une véritable thérapeutique sociale.

Son premier chapitre est un exposé législatif, mais l'auteur, plutôt que de donner des textes d'articles de lois et de décrets, en fait un commentaire logique, susceptible d'orienter l'action du médecin et des services sociaux en présence des cas particuliers qui se présentent dans la pratique quotidienne.

Les chapitres qui suivent constituent dans leur ensemble un exposé de l'armement sanitaire général du pays.

Dans ces chapitres ont été successivement envisagées la lutte contre les grandes maladies : tuberculose, cancer, syphilis..., puis la protection des mères, des enfants, des aliénés...

Chacun d'eux comprend :

a) Une étude des dispositions législatives et des organismes adaptés à cette prophylaxie particulière.

b) Une étude sur la mise en œuvre de ces diverses ressources suivant qu'il s'agit de malades de telle ou telle catégorie sociale (assurés sociaux, indigents, pensionnés de guerre).

c) Un répertoire des établissements ou placements concernant le sujet traité dans le chapitre.

Enfin, une place a été réservée aux stations thermales, climatiques et balnéaires et à un certain nombre de questions d'hygiène et de technique pratique.

Ce livre est appelé à rendre les plus grands services aux médecins praticiens, médecins contrôleurs des caisses d'assurances sociales, médecins hygiénistes, directeurs de services sociaux d'usines ou de collectivités, assistantes et infirmières sociales.

---

(1) La *lécithine* stimule les organes hématopoïétiques, jouit de propriétés eutrophiques, régularise les échanges azotés et phosphorés, possède un pouvoir antitoxique et favorise le jeu du système réticulo-endothélial. Le *cholestérol*, en plus de ses propriétés antihémolytiques est aussi antitoxique. Il joue un rôle capital dans les processus d'immunisation et agit sans doute comme facteur de minéralisation.

Quant à la *chlorophylle*, par son magnésium, elle est indispensable à l'édification des tissus, par son noyau pyrrolique, qui s'intègre à l'hématine du sang, elle jouit de propriétés thérapeutiques précieuses ; anti-anémiques, par ses propriétés érythopoiétiques, toniques du sympathique et des glandes endocrines, photo-sensibilisatrice, permettant à l'organisme de profiter des radiations solaires, anti-infectieuses, liées en partie à la présence de carbone (Cf. J. Schunck de Goldfiem, *Revue coloniale de médecine et de chirurgie*, 15 août 1937, n° 8).

L'ANTISEPSIE INTERNE DES MALADIES MICROBIENNES

PAR DES DÉRIVÉS DU SOUFRE

Quelques notions d'ordre chimique et rappel historique

par M. Ernest FOURNEAU,
chef de service à l'Institut Pasteur,
membre de l'Académie de médecine.

L'historique de l'antisepsie interne des maladies microbiennes a été fait si souvent, et d'une manière si complète au cours de ces deux dernières années, qu'il paraît inutile d'y revenir. Il suffit, pour être renseigné sur ce point, de se reporter à quelques livres et monographies publiés dans quatre pays différents, dont on trouvera la liste à la fin de cet article et qui mentionnent les publications les plus importantes.

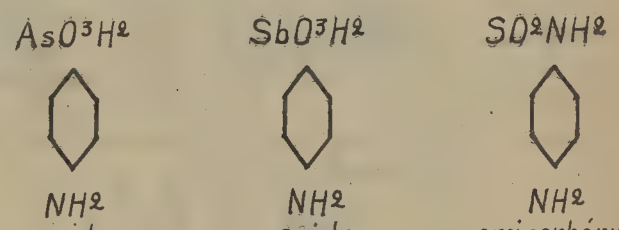
Je me bornerai à rappeler qu'après bien des essais décevants, Domagk fit connaître, en 1935, les propriétés antistreptococciques de la sulfamidochrysoidine, ou Prontosil, matière colorante azoïque préparée dans les laboratoires de l'I. G. Farbenindustrie, par les chimistes Mietzsch et Klarer. — M. et Mme Tréfouël, Nitti et Bovet, en France, se basant sur un certain nombre de faits que je résume un peu plus loin, émettent l'hypothèse d'une coupure, dans l'organisme, de la molécule du Prontosil en deux fragments : l'un d'eux est l'aminophénylsulfamide, l'autre est le triaminobenzène. Le triaminobenzène n'a pas de propriétés antiseptiques. Quant à l'aminophénylsulfamide, non seulement il est aussi actif que le Prontosil dans les infections expérimentales à streptocoques, mais il agit également sur d'autres infections sur lesquelles les azoïques sont sans action. Grâce à son extrême diffusibilité, l'aminophénylsulfamide pénètre dans le liquide céphalorachidien où il exerce son action antiseptique et, actuellement encore, c'est, de tous les médicaments, le plus efficace et le plus employé contre les méningites non tuberculeuses.

En 1936, indépendamment les uns des autres, Buttle, en Angleterre, Fourneau, Tréfouël, Nitti, et Bovet en France, découvrent les propriétés antiseptiques de la p-diaminodiphénylsulfone et de ses dérivés qui forment une classe à part de produits, à base de soufre, particulièrement actifs.

Nous avons, en somme, deux grandes séries de médicaments soufrés : les phénylsulfamides, les sulfones. A ces deux séries se rattachent tous les remèdes employés actuellement contre les maladies bactériennes plus ou moins voisines des streptocoques.

Une certaine confusion tenant à la multiplicité des noms pour un même produit, ou à des noms différents pour des produits très voisins, s'est introduite dans la littérature médicale. La première tâche à accomplir, par conséquent, est d'apporter un peu de précision dans la nomenclature. Cela ne peut se faire, malheureusement, sans l'aide de formules développées qui ont au moins l'avantage de mettre en évidence immédiatement, même pour des profanes, les différences entre les diverses substances actuellement employées, on trouvera ces formules à la fin de cet article.

L'aminophenylsulfamide est un corps très simple qui s'apparente d'une façon curieuse à deux substances ayant servi de base aux principaux remèdes contre les maladies à protozoaires : l'acide anilarsinique, ou Trypoxyl, ou Atoxyl, et l'acide aminophényl-stibinique :



acide anilarsinique — acide aminophenylstibinique — aminophényl sulfamide

Une des méthodes pour préparer l'aminophénylsulfamide consiste à faire agir la chlorhydrine sulfurique sur l'acétanilide, réaction qui donne le chlorure de p-acétylaminophénylsulfonyle que l'on transforme en p-acétylaminophénylsulfamide au moyen d'ammoniaque. Une désacétylation, par ébullition avec de l'acide chlorhydrique, conduit au chlorhydrate du p-aminophénylsulfamide. La base, libérée par neutralisation avec de la soude, est un corps blanc, bien cristallisé, soluble dans 124 parties d'eau froide, soluble dans les acides en donnant des solutions fortement acides, et dans les alcalis en donnant des solutions fortement alcalines.

Le 1162 F est connu, à l'heure actuelle, sous une ciquantaine de noms déposés. Les principaux sont: en France, *Septoplix* (*Théraplix*), *Néo-Coccyl* (Martinet). *Lysococcine* (Bornes) ; en Belgique : *Astreptine* (Meurice) ; en Angleterre : *Colsulanyde* (Crookes), *Sulphonamide-P* (Burroughs Wellcome) ; en Amérique : *Sulfanilamide* (Gane et Ingram, Lederle, Merck, Monsato Chem. Co, St-Louis, Parke et Davies, Squibb, etc.) ; en Allemagne : *Prontosil-Album* (Bayer) ; en Hongrie : *Deseptyl* (Chinoin A-G) ; etc., etc.

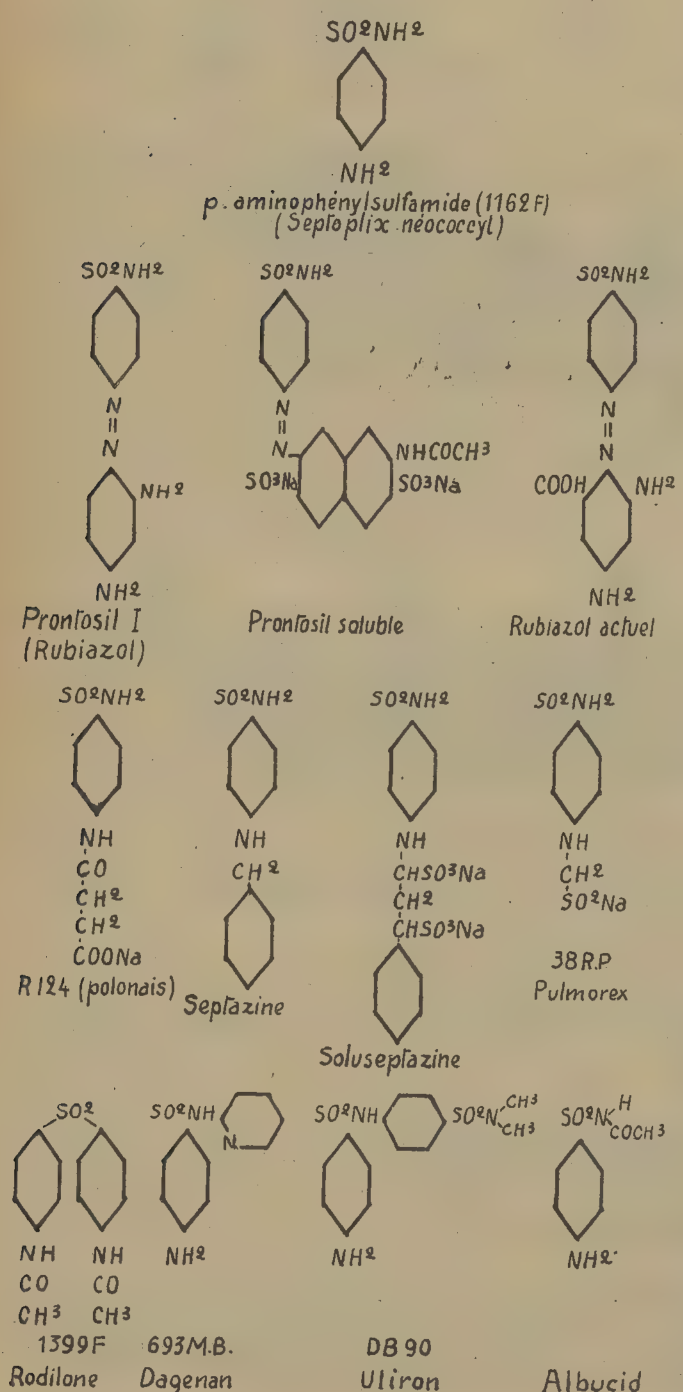
Il se trouve en France, dans le commerce, sous forme de comprimés dosés, à 0,50 gr ; de solution à 0,85 % destinée aux injections intrarachidiennes; de pommades ; de poudre ; de suppositoires, etc.

Il agit, avec plus ou moins d'intensité sur les streptocoques, méningocoques, pneumocoques, staphylocoques, gonocoques, colibacille, anaérobies, brucella, bacilles de Ducrey, clostridium Welchii, bacilles pesteux, bacilles typhiques, aertrickes, Pasteurella ; etc... sur l'agent de l'actinomycose ; quelques virus filtrants et en particulier ceux de la lymphogranulomatose inguinale et du trachome. Enfin, il aurait une légère action inhibitrice sur la croissance des bacilles tuberculeux.

La dose habituelle est de 3 à 6 grammes par jour, en moyenne, soit 6 à 12 comprimés. Dans certains cas, très graves, où la vie du malade est en danger, on a pu dépasser très notablement la dose de six grammes.

L'aminophénylsulfamide étant donc considéré comme le produit de base de tous les médicaments contenant du soufre, en dehors des sulfones, a donné naissance à deux séries de produits. Dans les uns, les modifications ont porté sur la fonction aminée fixée sur le noyau, et dans les autres, la modification a porté sur l'azote de la fonction sulfamide.

I. Dans la première série, ou la fonction —SO^2NH^2 reste donc intacte, nous avons en premier lieu : les azoiques dont il existe trois représentants: le *Prontosil* ou Rubiazol-1, le *Prontosil soluble*, et le *Rubiazol C*. Ce sont là des matières colorantes



qui se transforment plus ou moins lentement dans l'organisme en libérant de l'aminophénylsulfamide. Le Rubiazol C se caractérise par le fait qu'il se décompose probablement plus rapidement que les autres azoiques ; il ne passe pas dans l'urine à l'état de matière colorante, ce qui semble être un avantage. D'autre part, la présence d'une fonction carboxyle dans la molécule du Rubiazol actuel a pour effet de supprimer certains phénomènes allergiques qui se produisent de temps en temps avec le Prontosil.

Les autres médicaments de cette série sont incolores. Les quatre principaux sont : la *Septazine* (p-benzylaminophénylsulfamide), la *Soluseptazine*, un dérivé de l'acide succinique (R. 124), et un dérivé méthylène sulfoxylique (38 RP) ou Pulmorex.

II. A la deuxième série ou la fonction aminée —NH^2 reste intacte, appartiennent des substances telles que l'Uliron, l'Albucide, le Dagenan. L'*Uliron* est l'aminophénylsulfamide de l'aminophényldimétylsulfamide, c'est-à-dire, en un mot, le 1162 F doublé, avec cette modification supplémentaire que la fonction aminée, qui est libre dans l'aminophénylsulfamide, est ici substituée par deux restes méthylimide. L'*Albucide* est l'aminiphénylacétylsulfamide. Et le *Dagenan* (693 M-B) est la sulfamidopyridine.

Dans la série des sulfones, un seul médicament est jusqu'ici employé : c'est le *Rodilone* ou 1399 F. (dérivé diacétylé de la diaminodiphénylsulfone).

⁂

Ayant ainsi classé les divers dérivés organiques du soufre les plus employés en clinique, nous allons rapidement passer en revue quelques faits qui ont, d'une part, conduit J. et Th. Tréfouël, Nitti et Bovet à émettre l'hypothèse de la coupure, dans l'organisme, du Prontosil, en triaminobenzène et p-aminophénylsulfamide, terme réellement actif, et qui, d'autre part, ont vérifié cette hypothèse.

a) On connaît la spécificité d'action thérapeutique d'un terme chimique donné; les modifications apportées au deuxième noyau du Prontosil n'influençant que peu ou pas son activité, celles portant sur le premier noyau transformant au contraire profondément les propriétés curatives, l'aminophénylsulfamide (1162 F) devait être considéré comme le support de l'activité thérapeutique.

b) Le 1162 F s'est montré, in vivo, d'une polyvalence d'activité plus grande que le Prontosil.

c) Le 1162 F est actif in vitro ; le Protonsil, mis en contact avec des cultures, est inactif, et il n'agit qu'après réduction, addition de cystéine à la culture par exemple, opération analogue à ce qui se passe dans l'organisme.

d) Il est possible d'isoler, sous forme cristalline, dans les liquides humoraux des hommes et des animaux traités par le Prontosil, le p-aminophénylsulfamide lui-même.

e) Le Prontosil provoque des phénomènes allergiques chez le cobaye qu'il est facile d'attribuer à la présence du triaminobenzène libéré par coupure. En effet, chez deux séries de cobayes prépa-

**

rés, d'une part avec le Prontosil, d'autre part avec le triaminobenzène, on peut déclancher l'apparition des réactions allergiques indifféremment dans chacune des séries avec l'un ou l'autre produit.

f) Les concentrations en p-aminophénylsulfamide nécessaires pour que se manifeste l'action bactériostatique sont de l'ordre de grandeur de celles que l'on peut retrouver et doser dans le sang et autres liquides humoraux des hommes ou des animaux traités.

Répartition du sulfamide dans l'organisme. — Elimination. — Dosage. — Le sulfamide est réparti presque uniformément dans tous les tissus, excepté les os et les graisses qui en contiennent une quantité plus faible. La concentration sanguine atteint son maximum dans les trois à quatre heures qui suivent l'absorption par voie buccale ; elle est, par exemple, chez le chien, de 10 mgrs pour 100 cc de sang après une dose de 0,10 gr par kilo. Cette concentration diminue ensuite progressivement jusqu'à la 24e heure. La concentration dans le plasma est très légèrement supérieure à celle du sang total. La courbe de la teneur en sulfamide du liquide céphalo-rachidien est parallèle à la courbe dans le sang, la quantité étant environ les trois quarts de celle retrouvée dans le sang.

A part de petites quantités excrétées par la salive et la sueur, le sulfamide est principalement éliminé par les urines, en partie sous forme de dérivé aminé, en partie à l'état de dérivé acétylé, réaction réalisée par l'organisme.

C'est à Marshall, en Amérique, que l'on doit la méthode de dosage la plus communément employée. Elle repose sur la diazotation de l'amine du p-aminophénylsulfamide, suivie de la condensation en milieu acide avec la diméthyl-a-naphtylamine ; on obtient ainsi une solution colorée intense dont on compare l'intensité avec des solutions d'un titre connu.

BIBLIOGRAPHIE

F. Mietzsch. — *Ber Abt.* A 71, p. 15 (1938).

E. Fourneau et coll. — *Annales Médico-Chirurgicales* 3, n° 3, mars (1938).

R. Ottenberg. — *Bulletin of the New-York Academy of Medecine* 14, p. 453 (1938).

R.-R. Mellon, P. Gross, F.-B. Cooper. — Sulfanilamide therapy of Bacterial Infections. (*Sprinfield-Illinois-Baltimore-Maryland* (1938).

G.-M. Findlay. — Recent advances in chemotherapy (*Churchil Ltd-London* (1939).

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1938 (ancien formulaire Bocquillon-Limousin), par le docteur R. Weitz, avec une préface de M. le professeur Paul Carnot, 38e édition. 1 vol. in-15 de 640 pages. Prix : 70 fr., J.-B. Baillière et fils, Paris, 1938.

Parasitologie médicale, par Hervé Harant, 202 p., 95 fig. ou photos. Maloine, édit. Collection « Les Petits Précis », 1939. 1 volume : 18 francs.

SULFAMIDOTHÉRAPIE

Posologie et conduite du traitement chez l'adulte

Par M. Robert TIFFENEAU

Malgré les nombreux travaux que la sulfamidothérapie a suscités dans le monde entier, la posologie des sulfamides ainsi que leurs modalités d'administration demeurent encore un des problèmes les plus difficiles qui se posent au thérapeute. Une des principales causes de complexité réside dans le grand nombre des affections qui sont justiciables du traitement par les sulfamides. Le degré de cavité très différent de ces affections, ainsi que l'inégale sensibilité chimiothérapique des divers agents pathogènes, suffisent à expliquer combien la dose utile peut être variable d'un cas à l'autre. Il est actuellement bien établi que la dose nécessaire pour influencer telle infection microbienne peut être dix et même quinze fois moindre que celle qu'il faut atteindre pour lutter efficacement contre telle autre affection. Il s'ensuit que la posologie des sulfamides, et c'est là une particularité assez rare, connait des écarts considérables qui rendent la tâche du thérapeute particulièrement délicate.

La répartition des doses au cours des 24 heures constitue un autre problème important, surtout dans les premiers jours, car elle peut modifier notablement la concentration sulfamidée du sang qui est si importante pour assurer à l'action thérapeutique toute l'intensité désirable.

Posologie. — Pour établir la dose quotidienne, le praticien devra tenir compte de nombreux facteurs : âge et poids du malade, tares antérieures, conditions du traitement (malade couché ou ambulant), nature bactérienne de l'infection et avant tout, gravité du cas. S'il s'agit d'une infection bénigne évoluant spontanément vers la guérison et dont on se propose seulement d'écourter l'évolution, il est inutile de recourir à des doses élevées : 1 à 2 g. par jour sont suffisants. Au contraire, dans les cas de haute gravité et surtout lorsqu'il s'agit d'affections comportant une évolution mortelle et rebelles à toute thérapeutique, la plus grande hardiesse est autorisée et même nécessaire. On peut et on doit, dans ces cas, rompre avec la coutume trop prudente des posologies modérées, rejeter les doses de 2, 3 et 4 g. et ne pas hésiter à atteindre et peut-être même dépasser les doses de 10 à 12 g.

Pour être plus explicite, on peut proposer les règles suivantes :

1° *Infections bénignes.* — Lymphangite, angine, amygdalite, scarlatine non compliquée : 1 à 2 g. Infection urinaire modérée, pyurie colibacillaire : 1,5 à 2,5 g. Erysipèle, pneumonie, fièvre de Malte, Infection gonococcique : 2 à 4 g. Pleurésie purulente streptococcique sans septicémie : 2 à 5 g. Congestion pulmonaire grippale : 2 à 6 g. (dose très variable selon l'intensité de l'affection).

2° *Infections graves.* — Dans ces cas, il faut souvent administrer des doses notablement plus élevées. Dans les méningites méningococciques, on prescrit une dose quotidienne de 4 à 8 g. Lorsque la méningite s'accompagne de septicémie, il faut recourir à des doses plus fortes encore, par exemple 5 à 10 g. Decourt, R. Martin, Hérault et Panthier (1) ont constaté qu'une dose modérée permettrait de guérir la localisation méningée alors qu'une dose plus forte était nécessaire pour triompher de la septicémie.

Dans les méningites streptococciques, on administre généralement des doses analogues. Par contre, dans les scepticémies streptococciques graves avec déterminations viscérales multiples et surtout dans les redoutables septicémies puerpuérales, il ne faut pas hésiter à utiliser, dès le début, les doses très élevées de 10 et 12 g., peut-être même les dépasser dans les jours suivants. Dans ces cas, il est indispensable de suivre dans le sang et les urines la concentration et l'élimination du sulfamide. E. May et Mezziconacci (2) dans un cas de méningite streptococcique avec septicémie dont ils n'ont pu éviter l'évolution mortelle, ont eu « l'impression d'avoir employé des doses trop faibles (4 à 6 g.), du moins au début » et il leur parait « probable qu'on pourrait, en surveillant la concentration sanguine en sulfamide, donner d'emblée des doses de 10 à 12 g. par jour ».

Dans les infections pneumococciques graves (méningites et septicémies) des doses voisines de 10 g., doivent également être tentées. Cependant, les résultats sont certainement moins bons que dans le cas du méningocoque et du streptocoque. J. Huber, Lièvre, Payet (3) et H. Benard, E.-P. Merklen et Pequignot (4) n'ont pu éviter l'évolution mortelle de septicémies pneumococciques graves avec méningite, malgré l'administration de doses élevées (jusqu'à 7 g. par jour pendant 7 jours chez un enfant de 8 ans 1/2 dans le cas de J. Huber). En somme, dans ces infections pneumococciques graves, on parait se trouver à la limite des possibilités thérapeutiques des sulfamides. Toutefois, l'efficacité des sulfamidés dans les pneumococcies n'étant pas douteuse (on connait plusieurs cas de guérison de méningites pneumococciques), la chimiorésistance relative des pneumococcies graves, constitue un argument de plus pour autoriser les plus grandes hardiesses thérapeutiques, étant donné, d'autre part, l'évolution toujours fatale de ces infections.

Ainsi, nous savons aujourd'hui que la guérison d'une infection bactérienne sévère peut nécessiter des doses élevées de sulfamide et qu'une thérapeutique trop timide peut être insuffisante. Dans leur récent article, Long, Bliss et Feinstone (5) dont on connait l'expérience dans ce domaine, estiment qu'il faut atteindre dans les infections sévères une concentration de 10 à 15 mg. % dans le sang. Or, une telle concentration nécessite des doses égales ou supérieures à 10 g. par jour. Cette opinion est en accord avec celle formulée par R. Martin (1) pour qui la concentration sanguine maximum est de 16 à 18 mg. %.

Il semble que la conclusion formulée par cet auteur à propos des méningites streptococciques de l'enfant peut s'appliquer au traitement de toutes les infections graves : « Les accidents de cette nouvelle thérapeutique qui restent très rares par rapport au grand nombre d'individus traités, ne doivent donc pas, dans une maladie où le pronostic était considéré autrefois comme à peu près fatal, rendre les médecins timorés et leur faire prescrire des doses insuffisantes qui resteraient inefficaces. ».

Conduite du traitement. — Le choix de la dose convenable étant fixé, le thérapeute doit encore décider s'il convient d'accéder graduellement à cette dose et ne l'atteindre qu'au bout de quelques jours par exemple, ou s'il faut l'administrer d'emblée. La répartition du médicament au cours des 24 heures retiendra également l'attention.

Dans les infections bénignes ne nécessitant que 1 à 2 g. par jour, la conduite du traitement est simple. Le sulfamide est administré en prises fractionnées toutes les 6 ou 8 heures. On obtient ainsi en 2 ou 3 jours une concentration sanguine stable. Au contraire, dans une infection très grave mettant la vie du malade en danger imminent, il importe, non seulement d'administrer dès le premier jour les doses très élevées que nous avons vues, mais encore d'atteindre, sans délai, une forte concentration sanguine en prescrivant pour la première prise la moitié de la dose quotidienne. De cette façon, la concentration sanguine atteint en 3 ou 4 heures un taux qui ne serait obtenu qu'au bout de 24 à 48 heures si le médicament était absorbé par prises trop fractionnées. Pour maintenir ultérieurement cette concentration, on administre toutes les 2, 3 ou 4 heures des fractions de la dose quotidienne.

Dans une infection sévère, bien que ne revêtant pas l'imminente gravité du cas précédent, la tâche du thérapeute est souvent délicate car il doit être soucieux d'établir un traitement efficace sans être amené pour cela à prescrire une dose inutilement élevée. Il n'est pas douteux que nombre d'infections sérieuses (méningites méningococciques et streptococciques) ont été guéries par des doses relativement modérées de 3 à 5 g. par jour. Il peut donc être logique de commencer par une dose modérée, qu'on augmentera s'il le faut, de jour en jour, pour atteindre rapidement le seuil de l'efficacité médicamenteuse. En ce qui concerne la répartition des doses dans les 24 heures, il y a intérêt, comme précédemment, à administrer d'emblée

(1) *Bull. Soc. Méd. H. Paris.* 13 mars 1939, p. 339.
(2) *Bull. Soc. Méd. H. Paris,* 1938, p. 1231. — 8 juillet 1938.
(3) *Bull. Mem. Soc. Méd. H. Paris,* 10 février 1939, p. 181.
(4) *Bull. Mem. Soc. Méd. H. Paris,* 13 mars 1939, p. 336.
(5) *Jour. Am. Méd. Ass.,* 14 janvier 1939.

(1) *Bull. M. Soc. H. Paris,* 24 juin 1938, p. 1175.

la moitié de la dose quotidienne. Toutefois, si l'on a des raisons de craindre une mauvaise tolérance (sujet âgé, lésion rénale, anémie), il peut être préférable d'effectuer une imprégnation médicamenteuse plus graduelle et de n'administrer, d'emblée, que le tiers ou le quart de la dose quotidienne.

Durée du traitement. — Dans les infections aiguës, on doit diminuer la dose dès qu'on a acquis la certitude de l'efficacité de la médication. Lorsque la guérison est assurée, il y a intérêt à poursuivre le traitement pendant 15 à 20 jours avec des doses moindres. On évitera ainsi les rechutes. Dans les infections chroniques, il faut se méfier des traitements trop longtemps poursuivis qui peuvent être à l'origine d'accidents parfois très graves. On ne sera autorisé à pratiquer un traitement prolongé qu'en surveillant de près l'état du sang (formule leucocytaire) et des fonctions rénales.

Si l'on désire, en cas d'accident toxique, éliminer rapidement le sulfamide accumulé dans l'organisme, on aura recours à des boissons abondantes qui permettent généralement de débarrasser, en quelques heures, les tissus et le sang du toxique qui y est retenu. Inversement, la réduction des boissons favorise la concentration sanguine et tissulaire du sulfamide.

Incompatibilités et adjuvants. — On connait bien aujourd'hui l'incompatibilité du sulfamide pour les sulfates alcalins (sulfate de soude, sulfate de magnésie) facteurs de sulphémoglobinémie. Par contre, il n'y a pas d'inconvénient à administrer en même temps de l'aspirine, des barbituriques, des digitaliques.

Le bicarbonate de soude constitue un bon adjuvant pour prévenir les accidents d'acidose. On l'emploie à la dose de 1 g. par gramme de sulfamide administré.

***

Les règles qui président à la sulfamidothérapie sont, on le voit, bien variables d'un cas à l'autre. Le bon sens du thérapeute lui conseillera tour à tour la modération dans une infection bénigne et la plus grande hardiesse dans une infection très grave. Dans le cas d'une infection seulement sévère, une prudence sans excessive timidité permet d'atteindre rapidement la dose efficace.

Il est sage d'éviter de poursuivre trop longtemps un traitement dont l'efficacité parfois problématique, ne suffit pas à compenser la menace d'accidents toxiques toujours à redouter.

Si la vogue des préparations sulfamidées a pu faire craindre que cette médication nouvelle devienne une panacée appliquée sans contrôle ni règle, nous venons de voir qu'il n'en est rien et que les prérogatives médicales demeurent entières.

On peut même soutenir qu'il existe peu de médications dont la prescription permette au médecin de manifester si parfaitement, ses qualités de clinicien et de thérapeute.

LES SULFAMIDES EN MÉDECINE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX,
médecin du service d'enfants de l'hôpital Saint-Louis.

Les sulfamides sont, aujourd'hui, d'un usage courant en médecine infantile. Nombre d'infections relèvent, en effet de leur action, qu'elles intéressent l'appareil respiratoire : pneumonie franche, broncho-pneumonies, pleurésies purulentes ; le tube digestif : angines aiguës ; le système nerveux : méningites aiguës, otites, mastoïdites ; la peau : ecthyma, impétigo, ou qu'elles soient d'ordre septicémique : brucelloses, diphtéries malignes, fièvres éruptives, grippe, etc. Nous ne saurions, en aucune manière, les passer toutes en revue. Renvoyant à l'article de M. R. Gouverneur pour les infections *à coli-bacilles :* cystites aiguës, et à *gonocoques :* vulvo-vaginites infantiles, nous envisagerons uniquement ici l'emploi des sulfamides dans les infections à *méningocoques* et à *streptocoques.*

LES SULFAMIDES DANS LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE

Depuis que MM. Buttle, Proom et Rosenthal, à l'étranger, Levaditi, en France, (1937), ont montré l'action toxique qu'exerce *in vivo* et *in vitro*, sur le méningocoque, le paraaminophénylsulfamide (1162 F), de nombreux médecins d'enfants ont eu, à la suite de Schwentker, Gelman et Long, l'idée d'appliquer cette substance au traitement des méningites cérébro-spinales, et la question semble, aujourd'hui, au point.

Le 1162 F étant doué de propriétés aussi bien prophylactique que curatrices, on n'hésitera pas à l'employer, en cas d'épidémie, pour préserver les enfants ayant vécu dans le voisinage des malades (L. E. Tixier).

Il doit être administré le plus tôt possible.

Les *doses à prescrire* sont les doses *fortes* conseillées par M. R. Martin.

---

(1) **Bibliographie 1938-39.** — A. BRAS, AMAR, *Société de médecine et d'hygiène tropicale d'Egypte*, 5 mai 1938. — BERNHEIM, Méningite cérébro-spinale à méningocoques chez un nourrisson de quatre mois. Traitement par le sérum et le corps 693 (Dagénan) associés, Guérison rapide. *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 20 décembre 1938. — R.-A. MARQUÉZY, CLÉMENT LAUNAY et Mlle MAGE. Deux cas de guérison de méningites cérébro-spinales à méningocoques traitées exclusivement par le 1162 F. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, n° 27. 24 octobre 1938, p. 1459-1465 (bibliographie. — A. MONTES, A.-J. ABALLI Jr y E. CALZADILLA. Tratamiento de las meningilis purulentas par la sulfanilamida. *Archivos de medicina infantil de Culea*, janv.-mars 1939, p. 45-63. — L.-E. TIXIER. Le traitement des méningites aiguës par le sulfamide. *Archives de médecine des enfants*, X, oct. 1938, p. 609-632. — WEILL-HALLÉ, COCHEMÉ et Mlle LAUTMANN. Méningite purulente à méningocoques chez un nourrisson de 9 mois, Guérison après sérothérapie et chimiothérapie associées. *Bulletin Société de pédiatrie*, n° 2, fév. 1938, p. 103-104 (discussion). — Mme ZAGDOUN et Mlle OEMISCHEN. Méningite cérébro-spinale à méningocoque B chez un nourrisson de seize mois. Traitement par la seule chimiothérapie, Guérison. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, n° 30, 14 novembre 1938, p. 1571-157.

Dans les méningites cérébro-spinales à méningocoques B, les plus fâcheuses, en raison de leur tendance au cloisonnement, du peu d'activité du sérum et de la fréquence des séquelles, M. L. E. Tixier conseille de donner, par la bouche :

3 à 5 g. chaque jour, entre 10 et 15 ans ;
1 g., 50 à 4 g., entre 2 et 10 ans ;
1 à 2 g. chez les nourrissons.

Ces doses seront progressivement diminuées.

La *technique à suivre ?* Ce médicament s'éliminant assez rapidement, il y a avantage à le donner par prise toutes les 3 heures, et même, en cas d'urgence, toutes les 2 heures le jour, et toutes les 3 heures, la nuit (L. E. Tixier).

Il peut être donné *per os*, sous forme de comprimés (L. E. Tixier), ou en injections intra-rachidiennes, celles-ci, soit d'emblée (Marquézy, Cl. Launay et Mlle Mage), soit lorsqu'il s'est montré inefficace après avoir été administré par voie digestive.

Faut-il, au sulfamide, associer les injections de sérum ? La question est encore discutée.

Pour la plupart des auteurs, il ne peut y avoir que des avantages à cette association.

Pour M. L. E. Tixier, au contraire, le sérum antiméningococcique doit être rigoureusement proscrit, parce que 1°) il est inopérant ; 2°) administré le premier jour, il entraîne, généralement, après une incubation de huit à dix jours, une réaction sérique d'autant plus gênante qu'il est bien difficile de savoir si les phénomènes généraux ultérieurs sont ceux de la réaction sérique ou s'ils sont, au contraire, les témoins d'une rechute ; 3°) la sérothérapie longtemps poursuivie rend les méningocoques, non seulement résistants au sérum, mais également résistants, ce qui est beaucoup plus grave, au sulfamide.

La *durée du traitement* doit être assez courte : de 5 à 10 jours après la constatation du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien, quand on est appelé au début, plus long, dans les méningites traitées tardivement (L. E. Tixier).

Les *accidents* sont exceptionnels, abstraction faite de la cyanose des lèvres et des extrémités, qui atteint son maximum du 3e au 4e jour et qui, d'ailleurs, ne contre-indique nullement la continuation du traitement (R. Martin), et de l'anémie hyperchrome, transitoire (R.-A. Marquézy et ses collaborateurs).

Les *résultats* sont excellents : amélioration extrêmement rapide tant de l'état général que des signes locaux et guérison plus facile à obtenir que par toute autre méthode.

LES SULFAMIDES DANS LE TRAITEMENT DES INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES LOCALISEES

Le type en est donné par 1°) la *méningite aiguë purulente*, généralement consécutive à une *otite moyenne aiguë purulente ;* 2°) l'*érysipèle du nouveau-né.*

MENINGITES PURULENTES STREPTOCOCCIQUES (1). — Leur traitement par les sulfamides a fait l'objet, de la part de M. René Martin, d'un très beau mémoire, auquel nous empruntons la plupart des données qui suivent.

Deux cas : la méningite est secondaire ou non à une otite ou à une sinusite.

Dans le *premier cas,* « l'intervention chirurgicale est formellement indiquée. Elle devra avoir pour but de supprimer le foyer causal et d'éviter ainsi de nombreux essaimages microbiens ».

Dans le *second,* le traitement médical suffit. Il « se résume dans l'administration *à hautes doses* de sulfamides (1162 F), et ceci *d'une façon prolongée,* pour éviter les rechutes.

Pendant les premiers jours, le médicament est administré par la bouche et par voie intra-rachidienne.

Par la bouche, on donnera à l'enfant 0 g.,15 du produit par kilogramme. « Comme il s'élimine rapidement, il y a avantage, pour que l'organisme soit constamment imprégné par le produit, à fractionner les doses. Aussi, administrons-nous la dose totale en 8 à 12 prises par 24 heures, à raison d'une prise toutes les trois heures ou toutes les deux heures et demie. Souvent, nous administrons le médicament, le jour, toutes les deux, et la nuit toutes les trois heures. »

« *Par la voie intra-rachidienne,* l'administration sera quotidienne durant les premiers jours. Après avoir retiré par ponction lombaire 10 à 20 cm^3, selon l'âge, de liquide céphalo-rachidien, on injectera une quantité égale de sulfamide à 0,85 p. 100 préalablement tiédie au bain-marie ».

Les dosages du produit dans les urines, dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien ont montré à M. R. Martin que :

1°) le 1162 F est mieux absorbé par voie buccale que par voie intrarectale, qui ne doit être employée qu'en cas de vomissements ;

2°) le taux de concentration du sulfamide dans le sang et dans les urines monte rapidement entre le premier et le deuxième jour, plus lentement par la suite. Le plein effet pour une dose déterminée ne sera donc obtenu qu'après trois jours d'administration du produit. Or, il y a grand intérêt à

(1) **Bibliographie 1938.** — R. Debré, J. Marie, M. Ombredanne, P. Thiroloix et P. Grenet. Traitement des méningites streptococciques par la paraaminophénylsulfamide. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* 24 juin 1938, n° 23, 4 juillet 1938, p. 1158-1165. — Devernois Th., Paris, 1938. — René Martin. Traitement des méningites purulentes à streptocoques par le paraaminophénylsulfamide (1162 F). Intérêt des injections du produit par voie rachidienne et du dosage du sulfamide dans le liquide céphalo-rachidien (Bibliographie, discussion). *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 24 juin 1938, n° 23, 4 juillet 1938, p. 1175-1195. — Marcel Ombredanne et P. Thiroloix. *Société de laryngologie des hôpitaux,* 16 mai 1938. — Philip, Boisserie-Lacroix et Deprecq. Un cas de méningite à streptocoques d'origine auriculaire, guéri par les injections intrarachidiennes d'aminophénylsulfamide, *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine infantile de Bordeaux et du Sud-Ouest,* 1938, n° 1, p. 10-13. — L.-E. Tixier. Cf. *supra.*

obtenir le plus tôt possible ce taux de concentration du 1162 F dans le liquide céphalo-rachidien : d'où la nécessité des injections intra-rachidiennes, que justifie également le peu de perméabilité des méninges malades au sulfamide administré *per os.*

Sous l'effet de ce traitement, l'amélioration est très rapide. L'état général et local subissent d'heureuses modifications, le liquide céphalo-rachidien s'éclaircit, ses cultures restent stériles, la réaction cellulaire dont il est le siège diminue en quelques jours, pour persister ensuite assez longtemps aux alentours de 60, puis 30 éléments à la cellule de Nageotte, les lymphocytes y deviennent plus nombreux que les polynucléaires, l'albumine diminue avec lenteur.

La technique à suivre ultérieurement dépend des résultats obtenus par les dosages du sulfamide dans le liquide céphalo-rachidien. Pour que le médicament agisse, il faut que sa concentration dans ce liquide soit au moins égale à 4 milligr. pour 100 cm³. Ce chiffre n'est-il pas atteint, c'est que le traitement a été trop timide. Est-il dépassé, atteignant 5, 6 et, parfois, 7 milligr., c'est que les doses prescrites ont été suffisantes et que les méninges laissent bien filtrer le produit : on pourra alors diminuer légèrement les quantités de sulfamide administrées chaque jour et suspendre les injections sous-arachnoïdiennes, d'autant que le pronostic est favorable chez les malades qui ont une bonne perméabilité au 1162 F, tandis que ceux chez qui elle est médiocre seront beaucoup plus longs à se rétablir.

Quand le liquide est redevenu clair et aseptique, que son taux en sulfamide est satisfaisant, on peut espacer les ponctions lombaires et diminuer les doses à 0 g., 10 par kilogramme. Si tout va bien, on peut les diminuer encore, et ne plus faire que de loin en loin une ponction lombaire pour contrôler l'amélioration cytologique du liquide céphalo-rachidien.

La durée totale du traitement varie de quinze jours à six semaines. Veut-on l'abréger ou le simplifier, la rechute est fatale : elle cède rapidement, d'ailleurs, sous l'effet de doses massives de sulfamide.

Le traitement adjuvant sera très discret : on surveillera la diurèse, on veillera au bon fonctionnement de l'intestin, *sans recourir au sulfate de soude ou de magnésie* (1), on luttera contre l'acidose. Comme régime : des boissons sucrées, du lait, puis, bientôt, un régime lacto-fruito-végétarien, en supprimant tous les médicaments contenant du soufre. La cyanose n'est pas une contre-indication. Si le médicament s'élimine mal par les urines, si la diurèse est peu abondante, si le taux de concentration du 1162 F atteint ou dépasse 16 à 18 milligr. p. 100 dans le sérum sanguin, il y a urgence à diminuer les doses.

Les communications de MM. Philip, Boisseris-Lacroix et Deprecq, de M. Debré et ses collaborateurs, d'une part, L. E. Tixier, de l'autre, ajoutent à ces données essentielles quelques détails intéressants.

MM. Philip, Boisseris-Lacroix et Deprecq ont obtenu un beau succès, chez un garçon de 13 ans, atteint de méningite streptococcique d'origine auriculaire en continuant l'intervention, l'administration de sulfamide et les injections de sérum d'H. Vincent.

M. Debré et ses collaborateurs sont, eux aussi, partisans du médicament, donné par voie buccale, à doses massives : 3 à 4 g. par jour, même chez les jeunes enfants, répartis sur l'ensemble de la journée, et continués trois semaines, auxquels on associera, les premiers jours, et en attendant le dosage du sulfamide du liquide céphalo-rachidien, les injections intra-rachidiennes du 15 cm³ d'une solution de sulfamide à 0,85 %. L'action du médicament se fait parfois attendre plusieurs jours, mais les résultats finaux sont excellents. Comme incidents, on peut noter, en plus de la cyanose, une toux fréquente et, quelquefois, une anémie impressionnante, peut-être due au streptocoque hémolytique.

M. L. E. Tixier, envisageant le traitement local, déclare qu'on doit s'assurer d'un bon drainage en élargissant, au besoin, l'incision du tympan. Si les signes de mastoïdite sont indiscutables, il n'y a que des avantages à trépaner une mastoïde pleine de pus. En ce qui concerne l'évidement pétro-mastoïdien, on doit être beaucoup plus réservé, d'autant que la temporisation associée à un bon draînage et à la médication sulfamidée a permis à l'auteur (avec M. Causse) de sauver l'oreille moyenne d'un enfant de 10 ans. Quant au traitement curatif, il suit les règles formulées par M. R. Martin, non sans faire observer, d'une part, que le traitement sulfamidé peut être employé, à titre prophylactique, dès l'ouverture du tympan, en cas d'otite moyenne suppurée, de l'autre, que les sulfamides conviennent aussi aux méningites à streptocoques en apparence primitives.

Dans *l'érysipèle du nouveau-né,* mêmes excellents résultats des sulfamides, comme en témoigne l'observation qu'ont publiée, en 1938, MM. Bertoye, Martinon et Raymond concernant un enfant de dix jours atteint d'érysipèle du scrotum et de la région pubienne, avec formation d'un abcès. On recourt à la septazine à l'intérieur, mal supportée, au sérum d'H. Vincent et aux applications locales d'une solution d'amino-phényl-sulfamide. Cette dernière thérapeutique a pu donner les plus heureux résultats.

Si l'érysipèle du nouveau-né reste toujours une maladie grave, puisqu'à côté des guérisons signalées, tous les auteurs citent des cas de mort, il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle la thérapeutique par les dérivés sulfamidés demeure un des moyens les plus efficaces que nous possédions contre l'érysipèle, que le médicament soit donné par la bouche ou en applications locales. On trouve, à cet effet, dans le commerce, soit des pommades, soit des solutions alcooliques à base de sulfamide, qui peuvent être utilisées à cet effet. Tel est l'avis

(1) V., dans ce numéro, l'article de M. R. LEVENT.

non seulement des médecins français, mais du Dr G. Cardelle y Penichel qui exprime un avis favorable fondé sur huit observations personnelles (1).

***

Les sulfamides ont, d'ores et déjà, fait leurs preuves en médecine infantile. On devra donc les employer, avec les précautions d'usage, dans la plupart des infections, non sans se rappeler que c'est dans le traitement des méningites à méningocoques et dans les infections à streptocoques : otites moyennes aiguës avec ou sans mastoïdite. méningites aiguës primitives, ou, plutôt, secondaires à une otite, érysipèle du nouveau-né, qu'ils donneront les meilleurs résultats.

(1) **Bibliographie 1938 et 1939.** — Bertoye, Martinon et Raynaud. Sur l'amélioration du pronostic de l'érysipèle, chez le nouveau-né, par l'action chimiothérapique des dérivés sulfamidés, *Pédiatrie*, octobre 1938, p. 230-231. — G. Cardella Y Penichel, Tratamiento de la eresipela del lactante con sulfanilamida y sus derivados, *Archivos de Medicina infantil, Cuba*, janvier-février 1938, p. 34-44 (bibliographie).

ETAT ACTUEL DU TRAITEMENT DE LA BLENNORAGIE PAR LES SULFAMIDES

par MM. R. GOUVERNEUR, A. JAUBERT et Charles MOTZ

Avant l'emploi des sulfamides, la base du traitement de la blennorragie masculine était constituée par les grands lavages au permanganate de potasse pratiqués suivant les préceptes de Janet. Cette méthode avait l'incontestable avantage de traiter une maladie locale par une désinfection strictement locale sans faire appel à des produits antibactériens plus ou moins toxiques qui passent par la circulation et s'éliminent par le rein. La guérison s'obtenait en moyenne en six semaines en clientèle privée et en deux mois dans les consultations hospitalières. La méthode de Janet a constitué, dès son apparition, un très grand progrès par la diminution considérable du nombre de complications et des formes rebelles à guérir.

Le gros inconvénient de cette méthode est sa relative lenteur, l'astreinte du traitement qui doit être fait quotidiennement et la technique même du lavage qui fait que celui-ci ne peut-être confié qu'à un médecin ou à un infirmier compétent et spécialisé.

La vaccinothérapie, très importante à instituer dans le traitement des complications, s'est montrée à elle seule insuffisante à guérir la blennorragie. Néanmoins, il faut reconnaître son utilité dans les uréthrites gonococciques soignées par les lavages et sa nette indication dans toutes les formes rebelles.

Depuis l'apparition des sulfamides, le problème du traitement de la blennorragie s'est complètement transformé. Les premiers produits organo-soufrés utilisés en clinique ont été le para-amino-phényl sulfamide (1162-F), le diacétyl-amino-diphényl-sulfone (1399-F) et le benzolsulfonediméthylamide (D.B. 90).

De multiples travaux ont été publiés avec des résultats variables. Ainsi, pour ne citer que les principaux :

Harold obtient la guérison de la blennorragie en une moyenne de 29 jours.

Dees et Colston, 78 % de guérisons en moins de 8 jours.

Reuter, 92 % de guérisons en moins de 5 jours.

Tant, 80 % de guérisons très rapides.

Durel, 80 % de guérisons en un mois.

Palazzoli, 80 % de guérisons entre 10 et 20 jours.

Peut-on, actuellement, se faire une opinion sur la valeur de la sulfamidothérapie ? Nous avons utilisé à l'hôpital Saint-Louis les médicaments cités plus haut, le plus souvent à doses faibles, soit seuls, soit associés aux lavages. Voici les résultats (1) obtenus sur 90 malades :

10 guérisons en moins de six jours, soit 11,1 %.

39 guérisons en moins d'un mois, soit 43,3 %.

41 guérisons en plus d'un mois, soit 45,5 %.

Depuis septembre 1938, nous avons utilisé le (para-amino-phénylsulfamido) pyridine, dit corps 693, isolé par les auteurs anglais Ewins et Philipps. Ce nouveau produit semble avoir marqué une étape importante dans la médication sulfamidée de la blennorragie. Aussi, consacrerons-nous notre étude à cet agent thérapeutique en nous bornant à mentionner nos résultats personnels, les incidents que nous avons notés, les remarques intéressantes à propos de certains cas particuliers.

Cette sulfamido pyridine est indiquée dans toutes les uréthrites gonococciques, soit récentes, soit rebelles, quel que soit leur degré d'acuité. Elle s'est révélée inactive dans les uréthrites à microbes banaux. Elle peut être administrée avec succès dans les gonococcies uréthrales compliquées de prostatite, d'épididymite et de cystite. Elle semble inopérante ou peu active dans le rhumatisme gonococcique.

Pour arriver à connaître la valeur réelle du 693, au point de vue thérapeutique dans les uréthrites gonococciques, nous avons pris deux groupes de malades :

— dans un premier groupe, le 693 a été utilisé seul à l'exclusion de toute autre thérapeutique,

— dans un deuxième groupe, nous avons associé au 693 les lavages uréthro-vésicaux au permanganate de potasse.

I. *Malades soumis exclusivement au* 693. — La posologie étant en cours d'étude, nous avons donné au début des doses quotidiennes per os de 3 gr. qui ont été assez mal supportées. Aussi, par la suite,

(1) A. Jaubert et Ch. Motz. Etat actuel de la question des dérivés sulfo-conjugués des amines aromatiques dans le traitement de la blennorragie masculine. *Revue médicale française*, novembre 1938.


SO2NH2
INFECTION PUERPÉRALE – ABCÈS DU SEIN
Observation du Docteur CRIVELLI
Mme L..., 25 ans, accouchée le 14 octobre 1937
Infection puerpérale et abcès du sein
rapidement guérie par l'emploi du NEO-COCCYL.
1162 F.
Néo-Coccyl
DOCTEUR H. MARTINET
Comprimés dosés à 0 gr. 50 de
PARA-AMINO-PHÉNYL-SULFAMIDE
STREPTOCOQUES
MENINGOCOQUES
PNEUMOCOQUES
STAPHYLOCOQUES
GONOCOQUES
COLIBACILLOSES
ÉTATS INFECTIEUX
AMPOULES
INTRA-RACHIDIENNES
POUR MÉNINGITE A STREPTOCOQUE
PNEUMOCOQUE, MÉNINGOCOQUE
STAPHYLOCOQUE, GONOCOQUE
SUR DEMANDE DIRECTE
TÉLÉPHONIQUE OU TÉLÉGRAPHIQUE
HOUÉPILLET - PARIS
SERVICE DE GARDE
VAL D'OR . 08-85
NH2
PAVEAU
LABORATOIRES DU Dr PILLET, G. HOÜET, PHien, 222, Bd PÉREIRE, PARIS, ÉTOile 40-15

avons-nous administré des doses de 2 gr. et parfois, seulement de 1 gr. par jour. La dose totale de 693 dans les premiers cas variait entre 10 et 20 gr. Par la suite, elle ne dépassait pas en tout 10 gr., sauf dans les insuccès où elle atteignait 20 gr. La plupart de nos malades ont reçu 2 gr. pendant 5 jours ou 2 gr. pendant 2 jours et 1 gr. pendant 6 jours.

33 malades ont été ainsi traités avec 28 guérisons en moins de 10 jours et 5 échecs, soit 84,9 % de succès très rapides. Si on analyse les échecs, on peut dire que chez 3 d'entre eux la situation est restée inchangée ou s'est aggravée deux jours après le début du traitement ; l'un a fait une épididymite. Chez les deux autres, après guérison apparente rapide, il y eut des rechutes : dans un cas deux rechutes successives, 21 jours et 18 jours après l'épreuve de la bière et la réactivation au nitrate d'argent ; dans l'autre cas, la sécrétion uréthrale bourrée de gonocoques a reparu huit jours après les épreuves de guérison.

Il est à noter qu'il est impossible de prévoir quels sont les malades dont le traitement est voué à un échec. Telle uréthrite en apparence bénigne résiste au traitement, alors qu'une uréthrite gonococcique totale suraiguë évolue rapidement vers la guérison en quelques jours, les phénomènes inflammatoires cédant en 48 heures avec éclaircissement des deux verres d'urines.

Les différentes épreuves de vérifications (bière, injection de nitrate d'argent, massage sur béniqué droit, massage de prostate sur vessie vide), n'ont plus la valeur qu'on pouvait leur attribuer lors du traitement par la méthode des lavages de Janet.

Enfin, sur les 28 malades guéris, 11 ont présenté par la suite une uréthrite post-gonococcique à germes banaux (staphylocoques, entérocoques, bactéries). Nous verrons plus loin que ces incidents n'existent pas avec le traitement mixte par lavages et chimiothérapie. Comment expliquer ces faits ? Le 693, d'après notre expérience personnelle est inactif sur les uréthrites à microbes banaux et agit spécifiquement sur le gonocoque. Le traitement chimiothérapique sans désinfection locale amène la disparition des gonocoques, mais on sait que la blennorragie sensibilise la muqueuse uréthrale pour toutes les infections : les germes banaux situés dans la fosse naviculaire ou existant déjà dans les urines au cours des bactériuries ou des pyélonéphrites vont trouver des conditions propices à leur développement. Cette uréthrite post-gonococcique est parfois tellement marquée qu'il faut avoir recours à l'examen microscopique de la sécrétion uréthrale pour en faire la discrimination.

II. *Malades soumis au traitement mixte.*

(Lavages au permanganate de potasse et 693).

Ces malades ont reçu, en cas de succès, 10 jours de lavages de l'urèthre antérieur ou de lavages uréthro-vésicaux, selon le cas, au permanganate de potasse ; pendant les cinq premiers jours, ils ont eu 2 gr. par jour de 693.

En cas d'échec, les lavages sont continués et on prescrit du 15e au 20e jour une dose quotidienne de 2 gr. de 693. En cas de nouvel échec, la chimiothérapie est abandonnée de façon définitive.

Vint-cinq malades ont ainsi été traités avec 20 guérisons en 10 jours (80 %) et cinq échecs. Tous les insuccès ont eu un traitement qui a dépassé un mois. Le cas le plus malheureux a duré quatre mois ; il a résisté au traitement uréthroscopique et à l'auto-vaccin que nous avons préconisé dans les formes « sulfamido-résistantes ». Il a finalement été guéri en une dizaine de jours avec des lavages à l'oxycyanure de mercure.

Aucun des malades de ce groupe n'a présenté d'uréthrite post-gonococcique. C'est là un argument en faveur du traitement mixte, argument qui a d'autant plus de valeur qu'il permettra au médecin de suivre le malade et d'éviter ainsi les accidents parfois sérieux de la sulfamidothérapie.

Incidents au cours du traitement. — Le 693, comme les sulfamides en général, ne devra jamais être prescrit aux hépatiques, aux rénaux et aux malades subissant un traitement arsenical ou aux sels d'or. De nombreux produits chimiques tels que les sulfates de soude ou de magnésie ont été signalés comme incompatibles avec la sulfamidothérapie.

Sans doute, la liste de ces corps est loin d'être complète et nous venons tout récemment de constater expérimentalement que l'aspirine est nettement contre-indiquée car elle augmente fortement la toxicité des organo-soufrés.

Toute une série de symptômes doivent être notés au cours de l'administration du 693. Les uns, peu importants impliquent une diminution de la dose : ce sont, l'asthénie, le céphalée, l'inappétence, la gastralgie, les vomissements, l'insomnie. D'autres commandent l'interruption de la chimiothérapie : les éruptions, la pâleur, l'œdème palpébral ou de la face.

Il nous a été donné d'observer deux incidents sérieux. Chez un de nos malades notoirement éthylique, nous avons administré prudemment du 693 à raison de 1 gr. par jour. Au 6e jour, le malade devenu subitement pâle a ressenti des douleurs dans les membres inférieurs à type de polynévrite avec diminution de la force musculaire et conservation des réflexes tendineux. Aussitôt, la chimiothérapie a été cessée, mais il a fallu 4 jours pour que ces phénomènes morbides régressent, sauf la pâleur qui a persisté.

L'autre malade qui a eu en tout 11 gr. de 693 par doses légères a présenté un teint cireux impressionnant. Un examen de sang a montré une légère anémie (3.840.000) avec 5 % d'hématies nuclées ; 12 % d'oésinophiles et une leucocytose normale. Un mois après, un nouvel examen montre : 3.296.000 hématies avec poïkylocytose et anisocytose légères, 4 % d'éosinophiles, 2 % de myélocytes, 2 % d'hématies nuclées. Le malade est adressé au docteur Aubertin qui ne trouve rien d'objectif à l'examen, sauf un signe du lacet positif. Il prescrit des injections d'extrait de foie de veau et de la vitamine C

qui améliorent la situation : il n'y a plus d'hématies nuclées, ni de myélocytes et seule persiste encore une légère anémie (3.800.000).

Au cours de nos recherches, nous avons pratiqué des numérations globulaires chez 15 de nos malades. A part le cas d'anémie signalé plus haut, nous avons noté après le traitement quatre cas où il n'existait aucune altération de la formule sanguine ; cinq cas où le chiffre des hématies était inférieur à 4.000.000 oscillant entre 3.200.000 et 3.800.000 ; trois malades présentaient une leucocytose au-dessus de 10.000 ; la leucocytose maxima atteignait 13.200 ; dans un unique cas, nous avons trouvé une leucocytose à 4.800. Un fait qui nous a frappé est la fréquence de l'éosinophilie (8 fois sur 15) ayant atteint dans deux cas 12 %.

Des examens de sperme ont été pratiqués chez trente de nos malades soumis au 693 : dans 18 cas le sperme s'est révélé normal ; dans 12 cas, il y eut des modifications profondes se caractérisant par une diminution considérable du nombre de spermatozoïdes, leur immobilité, la présence de formes anormales (macrocéphale, bicéphale ou en haltères). En somme, ces modifications sont identiques à celles que nous avions décrites dans nos publications précédentes. Elles sont peut-être moins fréquentes par suite de la quantité moindre de sulfamide prescrite.

Rappelons à ce sujet le beau travail expérimental publié par Goret (1) de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort. Cet auteur a obtenu chez le chien une azoospermie complète après 20 jours d'administration de 1162-F. Des examens successifs ont été pratiqués par la suite, mais le sperme n'est revenu normal qu'au bout de 4 mois.

Enfin, chez tous nos malades de clientèle privée, nous avons recherché les pigments biliaires dans les urines : ceux-ci existent pratiquement toujours au cours du traitement par le 693. Dans certains cas, leur présence est de courte durée après la cessation de la chimiothérapie ; parfois, nous avons pu les retrouver au bout d'un mois.

Au cours de nos essais thérapeutiques, nous n'avons eu à déplorer aucun incident qui eût pu mettre la vie de nos malades en danger. Il est vrai que nous avons agi avec prudence et même timidité n'hésitant pas à interrompre la médication à la moindre alerte. Malgré ces précautions, nous avons eu tout de même deux incidents ennuyeux, ce qui prouve une fois de plus le danger de cette médication et la nécessité de la réglementer. Il y a déjà plus d'un an que nous avons demandé l'inscription des dérivés des sulfamides au tableau B tant à cause de leur toxicité, que de leurs effets biologiques dont le bilan ne pourra être dressé avant quelques années. La Société Française d'Urologie par la voix de M. J. Janet a demandé en termes particulièrement pressants la règlementation de ces produits. Rien pourtant n'a été fait jusqu'à ce jour.

(1) *Le Siècle médical*, 15 décembre 1938.

Quel sera l'avenir de cette nouvelle chimiothérapie ? Malgré les très beaux succès actuels, il est certes prématuré de le prévoir.

Il semble que le 693 sans soins locaux judicieux soit moins efficace dans la blennorragie féminine ; il est possible même que sous son influence le gonocoque transmis ensuite à l'homme devienne sulfamido-résistant ainsi que semble le prouver la double observation suivante :

Monsieur L... vient trouver l'un de nous le 12 octobre 1938. Il est atteint d'une uréthrite gonococcique qu'il a transmise à sa femme. Monsieur L... soumis à des lavages de permanganate de potasse et au 693 est guéri en 10 jours. Sa femme traitée par un autre confrère est soignée par des injections vaginales de permanganate de potasse et des comprimés de 1162-F — 60 gr. en tout. Elle semble guérie, tout au moins en apparence, au début de janvier 1939. Monsieur L... a un rapport avec sa femme, le 21 janvier 1939 et trois jours après apparaît une sécrétion uréthrale importante contenant des gonocoques. Ces gonocoques sont de même souche que ceux que le malade avait eu en octobre 1938, mais avaient subi l'influence du 1162-F. Monsieur L... est soumis au traitement mixte (693 plus lavages) ; il a absorbé les cinq premiers jours une dose quotidienne de 2 gr. de 693 sans succès ; après un intervalle de 15 jours où il ne subit que des lavages au permanganate, il reprend dans les mêmes conditions 10 gr. de 693. Malgré cela, la sécrétion uréthrale contient des gonocoques et il a actuellement dépassé le deuxième mois de traitement. Au moment où nous confions cet article à l'impression, nous pensons avoir obtenu la guérison définitive de notre malade, grâce à l'emploi d'un stock-vaccin très riche en germes, préparé avec des *gonocoques « sulfamido-résistants »* et ayant déterminé à chaque injection de très fortes réactions locales et générales.

Nous avons tenu à publier cette curieuse observation en nous abstenant, pour le moment, de tout commentaire et de toute discussion.

Pour conclure, nous pouvons dire que le traitement chimiothérapique de la blennorragie par le para-amino-phényl-sulfamido-pyridine (693) réalise pour la première fois une guérison rapide de l'uréthrite gonococcique masculine dans 80 % des cas environ en l'absence de tous soins locaux.

L'association au 693 des lavages au permanganate de potasse a un double intérêt : 1° elle empêche la survenue d'une uréthrite post-gonococcique à microbes banaux ;

2° elle met le malade sous la surveillance médicale qui seule sera susceptible d'éviter les incidents sérieux dus aux sulfamides.

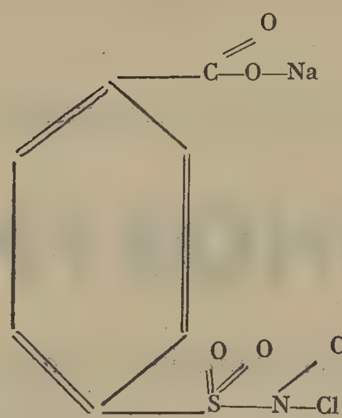
Il reste encore à trouver le test de guérison de la blennorragie par la sulfamidothérapie. Ceux que nous utilisions en appliquant la méthode de Janet restent encore en défaut dans les formes qui semblent en apparence guéries et où la sécrétion uréthrale bourrée de gonocoques réapparaît après un laps de temps quelquefois assez long.

ASEPTAMIDE MERMINOD * GYNAMIDE MERMINOD * DERMAMIDE MERMINOD

UNE SEULE FORMULE

MAIS 3 FORMES :

IN SITU



LE SULFAMIDE MERMINOD

ASEPTAMIDE

TOUTE L'ASEPTIE

CHIRURGIE -- O. R. L. -- GYNECOLOGIE

GYNAMIDE

CRAYONS UTÉRINS

DERMAMIDE

TOUTES PLAIES & DERMATOSES

Echantillons et Littérature

LABORATOIRES MERMINOD, Sanson, pharmacien, Sr (fondés en 1890)

49, RUE DE PARADIS PARIS-10e. — PRO 30-32

ASEPTAMIDE MERMINOD * GYNAMIDE MERMINOD * DERMAMIDE MERMINOD

IODALOSE

GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE
SOLUBLE ASSIMILABLE

REMPLACE
IODE ET IODURES
DANS TOUTES LEURS APPLICATIONS

SANS IODISME

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRE GALBRUN

10-12, RUE DE LA FRATERNITÉ - ST-MANDÉ (SEINE)

MON EXPÉRIENCE DE LA SULFAMIDOTHÉRAPIE PRÉVENTIVE à la Maternité de Port-Royal

par V. LE LORIER

C'est en 1936, au mois de juillet, que mon collègue et ami Lacomme a publié les premiers résultats de ses recherches sur la thérapeutique préventive systématique de l'infection puerpérale par les sulfamides à la Maternité Baudelocque.

Favorablement impressionné par ces résultats, je décidai d'appliquer ce traitement dans mon service à partir du premier novembre 1936. Au mois de juin 1937, Lacomme apporta un nouveau stock d'observations confirmant entièrement ses premiers résultats. A ce moment, je commençais à avoir une documentation personnelle de près de huit mois et mon impression était conforme à celle qui se dégageait des observations de Lacomme. Mais je tenais à avoir une statistique plus importante que j'ai poursuivie jusqu'à la veille de mon départ de la Maternité, c'est-à-dire pendant une année complète. C'est l'analyse de cette statistique qui constitue la base de ce travail.

Le produit employé, préparé par M. Girard est présenté comme étant un carboxy-sulfamido-chrysoïdine sous forme de comprimés dosés à vingt centigrammes de principe actif. Je l'ai fait donner par voie buccale exclusivement et à la dose de huit comprimés par jour en quatre fois.

Il fallait être sûr que toutes les accouchées recevraient leurs comprimés et que les ayant reçus, elles les prendraient ; pour cela, un seul moyen : confier à une infirmière spéciale la distribution suivie séance tenante de l'ingestion des comprimés. C'est ce qui avait été réalisé à Baudelocque, je pus également le réaliser à Port-Royal.

Les accouchées ont accepté très facilement ce remède dès le début, il n'y a eu aucune protestation et pour le dire tout de suite aucun incident.

Les opérées obstétricales ; césariennes et pelvitomies sont exclues de notre statistique, ainsi que les avortées.

L'appréciation des résultats obtenus ne peut ressortir que d'une comparaison. J'ai donc analysé les résultats de la statistique des 12 mois précédents (1er nov. 35 à 31 oct. 36) *où il n'avait pas été administré de sulfamide.*

Au cours de cet espace d'une année, il y a eu :

accouchements	3.697
avec décès	12
mortalité globale	3,2 %

Les causes de mort sont

embolie pulmonaire	5
péritonite puerpérale	3
septicémie puerpérale	2
infection pulmonaire grippale	2

sauf ces deux derniers décès, les 10 autres sont la conséquence directe ou indirecte d'une infection puerpérale de virulence variable.

Quant au diagnostic des deux cas de grippe, mieux vaut ne pas entamer de discussion à leur sujet et les joindre, comme suspects, aux dix autres.

En regard de cette mortalité qui est à peu près celle des grandes statistiques d'ensemble, voyons les résultats des douze mois suivants où la sulfamide a été donnée systématiquement :

Du 1er novembre 1936 au 31 octobre 1937 il y eu :

accouchements 3.395

les deux années sont donc comparables à 302 accouchements près ;

la mortalité globale tombe à 5 décès soit ....1,4 %

Mais sur ces cinq décès, on compte :

1 tumeur cérébrale
1 hémorragie
1 septicémie déjà existante avant l'accouchement
1 paramétrite avec péritonite reconnue avant l'accouchement.

reste une mort subite par embolie au 10e jour.

La mortalité expurgée serait donc de 1 pour 3.395 accouchements soit 0,02 % imputable à une infection phlébitique.

En chargeant au maximum de l'infection, on arrive à une mortalité de .... 0,8 %
au lieu de .... 3,2 %

La comparaison est saisissante.

Passons, maintenant, à l'analyse des cas d'infection non mortelle ; pour simplifier, je les divise en deux groupes : infections légères où la malade n'a donné à aucun moment une préoccupation au médecin, infections sévères où ces préoccupations ont été sérieuses.

	sans sulfamide	*avec sulfamide*
Infection légère	60	77
Infection sévère	26	2

Ces préoccupations sont soulignées par l'application de l'immuno-transfusion réservée dans mon service aux cas jugés très graves. 10 ont été faites dans la série 1, aucune dans la série 2, enfin l'infection localisée donne 5 paramétrites dans la série 1 et 1 seulement dans la série 2.

Les phlébites sont au nombre de 8 dans la série 1, de 5 dans la série 2, l'écart est trop faible pour en tirer une conclusion, en tout cas il n'y a pas eu plus de phlébites dans le groupe sulfamide comme dans la statistique de Lacomme qui insiste, du reste, avec raison sur les variations très grandes de cette complication d'une année à l'autre.

Les faits que je viens d'exposer témoignent donc nettement en faveur des sulfamides.

Mais notre analyse nous apporte encore d'autres faits intéressants et de même sens relatifs à d'autres infections diverses.

	série 1	*série* 2
Lymphangites du sein	61	36
Angines non diphtériques ...	57	9
Otites	12	1
Pyélonéphrites avec pyurie et fièvre	72	18
Grippes	29	9

Là encore, nous obtenons une réduction impressionnante du nombre des cas observés notamment en ce qui concerne les angines, les otites, les pyélonéphrites. Les cas de grippe et bronchite sont moins probants en raison de leur variation extrême d'une année à l'autre.

La conclusion qui se dégage de cet ensemble de faits est l'action préventive très nette et très efficace des sulfamides qui se traduit par une forte réduction de la mortalité, une très forte réduction du nombre des infections puerpérales graves, une très forte réduction du nombre des infections diverses que l'on peut observer dans une maternité active.

Par contre, je n'ai observé aucune action vraiment nette des sulfamides employées à titre curatif dans des infections puerpérales graves où le traitement préventif n'avait pas été institué.

Enfin, une autre constatation est à souligner, c'est l'inocuité complète de ce médicament aux doses utilisées et plus haut indiquées ; la tolérance gastro-intestinale a toujours été parfaite et il n'y a eu en aucun cas de manifestation quelconque d'ordre toxique.

Luchon. Evolution de ses doctrines thermales à travers les âges, par le docteur Pierre MOLINÉRY, ancien interne des M. le professeur Chiray, successeur de M. Villaret à la hôpitaux de Paris. (Thèse de Paris, 1938) (1).

chaire d'hydrologie de la Faculté ; en acceptant de présider cette thèse, a marqué toute l'importance qu'il attache à l'étude de l'évolution des idées en crénothérapie.

On ne comprend bien le présent que si l'on pénètre le passé : le présent, fils du passé, prépare l'avenir. L'annaliste est un forgeron, a-t-il été écrit, qui rive les maillons de la chaîne.

Notre confrère et ami M. Pierre Molinéry, vivant à Luchon depuis de longues années déjà, a pu corriger des documents qui, un jour, éventuellement, pourraient être mis en œuvre. C'est chose faite.

L'auteur a largement puisé dans les archives, en très grande partie inédites, de la famille des Barrié. Cette famille a constitué une véritable dynastie de médecins thermaux, en se succédant de père en fils, au cours de près de trois siècles, dans le pays des « Baigneries de Luchon ». A la vérité, si ces archives portent sur le 17e, 18e et 19e siècle, M. Molinéry, par le titre même de son ouvrage, devrait être amené à remonter à l'époque romaine, et à examiner à la lumière de travaux anciens ou très récents, la thérapeutique balnéothérapique thermale de nos aïeux.

L'histoire des thermes Onésiens, appellation primitive, portée par les bains de Luchon, il y a deux mille ans de cela, se confond avec celle de tous ceux qui eurent tant de vogue à cette époque lointaine.

(1) Imprimerie Couderc, à Nérac.

LES ACCIDENTS DU TRAITEMENT SULFAMIDÉ

Par M. Rémy LEVENT

La valeur pratique des sulfamides et la bonne tolérance habituelle de l'organisme sont des faits acquis. Les imprudences posologiques des premiers temps sont maintenant exceptionnelles. Des accidents très divers s'observent pourtant encore que la méconnaissance des contre-indications ni le mépris du formulaire n'expliquent. Une inégalité individuelle de tolérance peut en effet causer des surprises.

Dans une récente étude, René Martin et Delaunay (1) ont heureusement classé les faits jusqu'ici observés en clinique. Parmi les accidents, de gravité d'ailleurs très inégale, bien que la nature du produit employé ne soit pas sans importance, il semble que le terrain en conditionne souvent la fréquence et la gravité ; quelle que soit la sulfamide en cause, les accidents sont cliniquement très analogues.

Les accidents locaux n'ont jamais été mentionnés même lorsqu'il s'agit de produits injectables. Il n'a jamais été observé que des accidents généraux dont le moment d'apparition semble assez constant pour chaque type clinique. Le classement en accidents précoces et accidents tardifs parait aussi s'accorder avec la pathogénie ; les premiers semblent dûs à l'intolérance, au sens moderne du mal ou au biotropisme ; les autres semblent n'être qu'intoxication banale. Cette réalité pathogénique n'est cependant pas acceptée pour tous les cas connus et demeure discutée.

Les accidents du début sont *tantôt précoces*, se montrant du 3e au 12e jour du traitement *tantôt même immédiats*, quelques heures seulement après le début du traitement. Les accidents du début sont les moins rares mais à certains égards les plus importants ; très divers, ils donnent l'alarme et permettent au médecin de fixer sa ligne de conduite. Parmi les *accidents immédiats* les plus fréquents, sont la céphalée frontale, une asthénie soudaine que n'explique aucune autre cause ; un léger état ébrieux surtout marqué chez les sujets qui n'ont pas gardé le lit durant le traitement (Long et Bliss) ; des vertiges ou de la somnolence pouvant aller jusqu'à la prostration. Ce peuvent être aussi des troubles digestifs : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée ; ou des troubles urinaires allant de la simple irritation des muqueuses des voies d'excrétion à la rétention d'urines suivie d'albuminurie.

On peut encore observer un amaigrissement soudain sans cause valable ou des accidents analogues aux accidents anaphylactiques : Elévation thermique avec chute tensionnelle ; œdème de la face, du scrotum, gonflement des paupières et larmoiement, erythèmes, urticaire du visage, de la peau de l'abdomen et du plis articulaires, prurit, éternuements, tous signes bruyants mais sans durée ni gravité et que le médecin ne doit cependant pas méconnaître déjà, ou des crises intenses à type nitritoïde auxquelles les syphilitiques semblent spécialement prédisposés.

Les accidents précoces (début du 8e au 13e jour) sont moins fugaces.

La *cyanose* est le plus fréquent (la moitié des cas pour Colebrook et Harvey) surtout avec une forte

(1) *Gazette Médicale de Nantes*, avril 1938.

posologie, et due soit à des pigments sanguins altérés, soit à une cause inconnue. La peau, les muqueuses, la conjonctive, les ongles, le gland ont une teinte bleue violacée qui disparaît d'autant plus vite en général qu'on aura aussitôt suspendu le traitement.

Les éruptions sont plus rares (6 % pour Durel) et apparaissent à la même période soit du type photosensibilisation et qu'une dose forte ou l'arrêt temporaire font disparaître rapidement soit, entre le 7e et le 11e jours des érythèmes rubéoliformes, morbilliformes ou scarlatiniformes avec fièvre à 40° et s'effaçant en 48 heures. Tous accidents bénins.

Dans ces mêmes jours peut, en dehors même de tous autres incidents, se produire pendant 2 à 5 jours une brusque poussée thermique, d'autant plus imprévue qu'elle peut se produire même pour des doses très faibles de sulfamide. La fièvre isolée ne paraît pas une raison suffisante d'interrompre la cure.

Les troubles digestifs déjà décrits peuvent se voir à ce moment surtout chez la femme ; et aussi des ictères, 12 ou 17 jours après le début du traitement, avec pigments dans les urines.

Un rein antérieurement taré, éliminant trop lentement le médicament peut par accumulation être irrité et un certain degré d'acidose plasmatique apparaître que les alcalins combattent efficacement.

Les accidents tardifs beaucoup plus graves, mortels parfois, sont plus rares et souvent dus à un traitement prolongé surtout si le malade est taré.

Nous n'insisterons pas sur certains d'entre eux : troubles hépatiques : ictère (Janet) et troubles rénaux ; anurie transitoire-hématurie (Janet).

Plus importantes sont les *toxicodermies*. Il s'agit tantôt d'une dermite expoliatrice, tantôt d'une toxicodermie avec gros œdème et éléments papulo-maculeux lichénifiés. Ces accidents peuvent s'accompagner de fièvre et d'albuminurie.

Diverses aussi sont les *complications nerveuses*. Certains sont rares : névrites des nerfs crâniens, névrite optique en particulier (Bucy). Paton et Eaton ont observé dans un cas de la confusion mentale. Le plus souvent, il s'agit de *polynévrites* frappant les membres inférieurs et qu'on a pu voir débuter 3 semaines après la fin d'un traitement apparemment bien toléré. Il existe des troubles moteurs sans troubles sensitifs; ni amyotrophie ni modification des réactions électriques et qui peuvent mettre plusieurs mois à disparaître.

Les accidents tardifs les plus graves de beaucoup et qui peuvent amener la mort sont du domaine *hématologique*. La complication la moins fréquente et la moins grave est la méthémoglobinémie, pure ou associée à la sulphémoglobinémie. Pure, elle semble tenir à une idiosyncrasie et disparaît en 24 heures en général, le traitement arrêté ; elle semble bénigne.

Il en est autrement de la *sulphémoglobinémie*, due à l'entraînement dans le sang par la sulfamide de l'hydrogène sulfuré contenu dans le tractus digestif et à sa combinaison avec l'hémoglobine, que décèle la spectroscopie. Elle peut n'apparaître que 6 semaines après le début du traitement et est favorisée par l'association au sulfamide de médicaments soufrés, même simples cathartiques. Elle produit une cyanose intense surtout marquée aux lèvres et aux ongles. Bien qu'habituellement transitoire, elle a pu parfois (Paton et Eaton) durer plusieurs semaines après la suspension du traitement, son pronostic est toujours sérieux surtout chez des sujets anémiques.

Plus grave encore, et non exceptionnelle, est *l'agranulocytose* à laquelle prédisposent toute leucopénie préalable quelle qu'en soient la cause et les associations médicamenteuses. Débutant soudainement, elle réalise le tableau clinique décrit par Schultz et semble le plus souvent mortelle bien que Jeannings et Southevell Sanders l'aient vue guérir dans un cas.

Divers auteurs, entre autres Harvey et Janeway, ont observé des *anémies* profondes, sans leucopénie, d'évolution rapide mais susceptible de guérir par transfusion.

Parmi les accidents tardifs, nous ne ferons que mentionner les troubles de la spermatogénèse qui méritent une étude particulière.

⁂

La diversité des accidents et la gravité de certains d'entre eux ne doit pourtant pas faire proscrire des médicaments dont la valeur est certaine. Mais on doit n'user des sulfamides que selon des indications très précises et moyennant les précautions nécessaires. La première est la surveillance quotidienne du malade qui sera maintenu au lit avec des boissons abondantes, ne recevra que les doses strictement nécessaires et pendant le temps minimum : pas plus de 4 grammes par jour, pas plus de 15 jours de médication. Encore devra-t-on compter avec l'imprévu des susceptibilités personnelles insoupçonnées. On devra tenir compte des tares : rénales, hépatiques, endocriniennes et du terrain (asthme, urticaire). Peut-être aussi les incidents sont-ils plus fréquents dans le traitement de certaines affections (colibacilloses, gonococcies) ou chez des syphilitiques. Le choix du médicament n'est pas sans importance: les sulfamides sont nombreux mais pas interchangeables.

Il faut tenir le plus grand compte du danger des associations médicamenteuses ; la liste des incompatibilités n'est pas encore close mais, dès maintenant, on doit proscrire pour leur danger l'association avec les arsenicaux, les auriques et les divers produits renfermant du soufre ; les sulfates de soude et de magnésie, cathartiques habituellement inoffensifs, sont ici particulièrement dangereux.

Pendant tout le traitement, enfin, on devra surveiller l'état du sang au point de vue spectroscopique et cytologique. La moindre anomalie lencocytaire doit faire abandonner définitivement les sulfamides. Les accidents immédiats ont la plus grande importance comme signes d'alarme mais ne commandent qu'une suspension temporaire après laquelle des doses prudentes peuvent être tolérées et efficaces. De même, la cyanose qui ne commande même pas toujours cet arrêt temporaire. Les éruptions, les accidents nerveux, les troubles digestifs, hépatiques, ou rénaux doivent par contre inciter à la prudence. Si après quelques jours de repos, une reprise à dose plus faible n'est pas bien tolérée, ce doit être l'arrêt définitif.

Le dadon en thérapeutique (30 ans de recherches), par le Dr P.-E. Morhardt, édité par les laboratoires Virac, 110, bd. Haussmann, Paris 8e.

La Pyrétothérapie, par Charles Richet, Jean Surmont et Pierre Le Go. — Un volume de 192 pages avec figures Prix : 50 francs. Masson, éd., Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

ALIMENTATION DES ENFANTS DÉFICIENTS D'AGE SCOLAIRE DANS LES ÉCOLES DE PLEIN AIR ET LES COLONIES DE VACANCES

par le Dr Jean BENECH,
ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Nancy
médecin chef de la Fondation Victor Poirel

Il est un problème capital dans certains milieux, c'est celui de l'alimentation des enfants d'âge scolaire. Lors des visites passées dans les écoles par les médecins inspecteurs de ces écoles, c'est à chaque instant qu'il est remarqué des enfants chétifs ou malingres dont l'état est dû en grande partie, soit à une alimentation insuffisante en quantité, soit à une alimentation de mauvaise qualité ; souvent même s'ajoutent le défaut de quantité et le défaut de qualité.

Depuis 1920, nous surveillons une colonie scolaire de vacances, placée aux portes de Nancy, et qui reçoit à certains jours jusqu'à 2.000 enfants. Cette colonie ne comporte pas d'internat mais les enfants y sont conduits dès 8 heures et en reviennent vers 17 heures après une journée de plein air sous la surveillance d'un personnel spécialisé qui s'occupe de leurs jeux et de leurs exercices d'éducation physique.

Ces enfants prennent un repas à la colonie scolaire. Beaucoup d'organismes de ce genre se contentent de fournir aux enfants une soupe chaude qu'ils complètent par ce qu'ils ont pu apporter dans leur sac.

La colonie scolaire de vacances de Nancy donne aux enfants un repas complet chaud.

Ces enfants reçoivent malheureusement trop souvent chez eux une nourriture insuffisante et souffrent de déficiences alimentaires que l'on peut apprécier de différents moyens.

Le premier de ces moyens, le plus important du reste, est celui qui consiste à faire faire des enquêtes auprès des parents des enfants, et auprès des enfants eux-mêmes, auprès aussi du personnel enseignant qui est généralement très au courant de la situation dans laquelle se trouvent les enfants qui leur sont confiés.

Le second des moyens nous est fourni par la variation des courbes des poids et des tailles des enfants et par leur aspect physiologique. Quand un enfant ne présente rien de pathologique expliquant sa déficience, on est en droit de songer à des carences alimentaires multiples en laissant au mot carence un sens très large.

Le troisième moyen consiste à pratiquer des tests d'hypovitaminoses. En pratique, la recherche de l'hypovitaminose C est suffisante, en raison d'une part de sa simplicité et d'autre part de l'association que l'on retrouve presque constamment des hypovitaminoses A, B, C et D. Nous avons adopté le test de saturation en acide ascorbique.

Ce test est commode. Il consiste à déceler la présence de l'acide 1-ascorbique dans les urines au moyen d'un réactif, le dichlorophénol-indophénol.

Les urines de l'enfant contiennent ou ne contiennent pas de vitamine C. Si elles n'en contiennent pas, on fait ingérer avec le petit déjeuner du matin 300 mg. d'acide ascorbique (vitamine C) sous forme de « Laroscorbine » et on recueille les urines 5 heures environ après l'ingestion des 6 comprimés qui correspondent aux 300 mg. d'acide ascorbique et on recherche la quantité d'acide ascorbique qu'il a fallu journellement faire absorber pour obtenir la réaction de présence dans l'organisme. Ainsi, on peut apprécier la quantité d'acide ascorbique dont il a fallu saturer l'organisme.

L'épreuve est simple et déceler la présence des vitamines C dans l'urine n'est pas plus compliqué que de rechercher la présence de l'albumine.

En raison des régimes pauvres dont souffrent certains enfants de classes économiquement faibles, et que l'on peut souvent résumer ainsi :

Petit déjeuner : Café au lait ou café noir ou reste de soupe de la veille.

Midi : Une soupe de pommes de terre, un morceau de fromage.

Soir : Une panade, un peu de charcuterie ou des crêpes, il faut quelquefois donner jusqu'à 1.000 mg., et plus, d'acide ascorbique pour retrouver cet acide dans les urines.

Disons que les tests d'hypovitaminose C ont toujours été en rapport avec les indications cliniques et les enquêtes sociales qui avaient été faites.

La thérapeutique à employer est de deux ordres : thérapeutique de fond qui est la thérapeutique culinaire et une thérapeutique médicamenteuse.

La thérapeutique culinaire consistera à donner un régime alimentaire substantiel et varié, mais elle nécessite une véritable « rééducation » alimentaire et ne donnera ses résultats qu'à échéance assez longue : il faut donc donner une impulsion de « démarrage » sous forme de vitamine C (acide ascorbique-Laroscorbine) d'une part et d'autre part sous forme d'un complexe d'acides aminés (tryptophane, chlorhydrate d'histidine) d'hémoglobine ferrique, cuprique et manganique connu sous le nom de « Globinofer ».

En pratique nous ordonnons ainsi notre traitement :

1°) Petit déjeuner : café au lait ou cacao au lait, pain très beurré.

2°) Déjeuner : un potage de légumes, une viande grillée ou rôtie (90 g. minimum par enfant), deux légumes dont un légume vert aqueux, un dessert de fruits, boisson eau rougie, pain 100 g. On ajoute au potage et aux légumes des légumes crus hachés.

3°) Goûter : sandwich buerré au jambon ou au fromage, ou un entremets sucré.

Le matin, avec le petit déjeuner, distribution de comprimés de Laroscorbine, à raison de deux comprimés, de glycérophosphate de chaux et de Globinofer, distribution qui sera renouvelée au moment du goûter.

Le rôle des acides aminés revêt, dans l'enfance déficiente, une telle importance que nous avons tenu essentiellement à l'association tryptophane et histidine ainsi

que des composés ferriques cupriques et manganiques de l'émoglobine.

Dans un autre groupement d'enfants où nous recueillons les enfants convalescents, nous ne donnons pas de Laroscorbine. Nous préférons donner une composition très bien tolérée par les enfants et qui comprend le mélange des vitamines A, B1, C et D, sous forme de tablettes ou de liquide (Nestrovit) de goût délicieux et physiologiquement équilibré, qui nous a toujours donné d'excellents résultats et a toujours été parfaitement toléré.

Les résultats obtenus sont tous remarquablement bons.

Nous avions constaté depuis longtemps que tout enfant arrivant en colonie scolaire commence à perdre du poids dès son arrivée, pour le retrouver par la suite. Il en est tout autrement lorsque les enfants reçoivent un apport de complexe de vitamines A, B1, C et D (Nestrovit) ou même simplement de Laroscorbine, en ajoutant le Globinofer.

Par ces procédés, nous évitons cette perte de poids de la période d'acclimatation ou tout au moins nous réduisons cette perte en poids et elle ne s'étend plus sur une durée aussi longue.

Nous tenons à dire que cette thérapeutique médicamenteuse d'une importance capitale ne doit jamais nuire à la thérapeutique culinaire, c'est-à-dire que sous prétexte d'apport médicamentaux, il ne faut jamais réduire l'apport alimentaire ni en quantité ni en qualité.

Ces deux thérapeutiques alimentaire et médicamenteuse s'ajoutent, s'associent, se complètent.

Elle doivent être appliquées en même temps aux malheureux enfants victimes d'une alimentation insuffisante en quantité et en qualité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 6 MARS 1939

Sur le rôle du cuivre dans l'atténuation du venin de vipère (vipera aspis) par l'eau oxygénée. — M. Paul BOQUET.

La transmission de la maladie de Nicolas-Favre par instillation nasale chez la souris blanche. — Mlle Rachel SCHOEN.

Sur la vaccination contre le rouget. — M. André STAUB.

SÉANCE DU 13 MARS 1939

Lésions nerveuses périphériques observées au cours de la polynévrite provoquée chez le pigeon par simple addition d'acide lactique à des régimes riches en glucides, en protides ou en lipides et comportant de fortes proportions de vitamines B. — S'appuyant sur l'expérimentation faite sur le pigeon, Ivan BERTRAND et Raoul LECOQ, montrent que le déséquilibre alimentaire lactique entraîne des altérations des nerfs périphériques. dans lesquelles l'atteinte cylindraxile l'emporte sur l'atteinte myélinique. La gravité et l'importance des lésions sont en rapport avec la rapidité d'évolution de la polynévrite, avec les éléments constitutifs de la ration et avec la proportion de vitamines B, quand la présence de celles-ci n'atténue pas sensiblement le déséquilibre. On note dans les cas les plus typiques une sorte de liquéfaction axonale analogue à celle qui peut être observée dans les éléments neuroganglionnaires au cours des taxi-infections.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 35. — MERCREDI 3 MAI 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.
Sur quelques propriétés physiologiques et thérapeutiques du cobalt, par M. J.-M. LE GOFF.
Double endiométriome kystique du canal inguinal, par M. FROELICH.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie de médecine. — Société de biologie. — Société médicale des hôpitaux. — Société de chirurgie de Toulouse. — Académie des sciences.

CONGRÈS.
Le IXe Congrès national de la Tuberculose à Lille, par le professeur A. DAVID.

NOTES POUR L'INTERNAT.
Signe et diagnostic des infarctus pulmonaires, par M. G. LE SUEUR.

PRATIQUE MÉDICALE.
Etude biologique des produits dinitrés chez l'homme.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance Publique s'est rendu la semaine dernière à l'hôpital Tenon pour visiter un interne et un externe grièvement blessés au cours de leur service. M. Serge Gas, au nom du Gouverment a remis à M. Breton, interne des hôpitaux la croix de chevalier de la Santé Publique, et à M. Bourgin, externe la médaille d'argent des actes de courage et dévouement.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.

Questions données : 1°) Papille et physiologie de l'accommodation ;

2°) Sarcome de la choroïde.

Questions restées dans l'urne :

Anatomie macroscopique du muscle droit interne ; physiologie de la convergence ; phlegmon de l'orbite (causes, symptômes diagnostic et traitement ; anatomie de la conjonctive ; physiologie de la sécrétion lacrymale ; conjonctivite gonococcique du nouveau-né.

Sont déclarés admissibles : MM. Voisin, Joseph, Morax.

Hôpital St-Michel : *Le concours d'internat du service de gastro-entérologie* s'est terminé par la nomination de MM. Guéguand et Guillaumet, externes des hôpitaux de Paris.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — Séance du 26 avril. Epreuve de dissection. Notes : MM. Cordebar, Debeyre, Nardi, 28 ; Monsaingeon, Morel-Fatio, 27 ; Champeau, 26.

Total des points : MM. Debeyre, 107 ; Champeau, Monsaingeon, Morel-Fatio, 106 ; Nardi, 103 ; Cordebar, 101.

Sont proposés : MM. Debeyre, Champeau, Monsaingeon, Morel-Fatio, Nardi.

Concours du prosectorat. — Lecture des copies (anatomie) : MM. Léger, 29 ; Roux, 28 ; Cauchois, Delinotte, Guénin, 27 ; Chevalier, Neyraud, Rouvillois, 25; Lortat-Jacob, 24 ; Barcat, Coly, 23.

Séance du 28 avril. Lecture des copies. — (Pathologie chirurgicale). Notes : MM. Léger, 29 ; Delinotte, Roux, 27 ; Guénin, 24.

Faculté de médecine de Strasbourg. — M. le docteur Alfred Weiss, agrégé de chirurgie à la faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, a été nommé, à compter du 1er avril 1939, professeur titulaire de la chaire de clinique B (chaire vacante, dernier titulaire M. Stolz, retraité).

Ecole de médecine de Nantes. — Après concours, M. le docteur Maurice Viaud a été nommé chef de clinique médicale, et M. le docteur Pierre Riou, chef de clinique chirurgicale.

Association générale des médecins de France. — *Assemblée générale annuelle.* — Cette assemblée aura lieu sous la présidence de M. le Dr Chapon, le dimanche 21 mai 1939, à 14 h. 30, dans la grande salle des séances, 60, boulevard de Latour-Maubourg. Seuls peuvent y assister les membres du Conseil Général de l'Association, les Présidents et délégués des Sociétés départementales et les membres de la presse médicale.

Le soir, banquet au pavillon Dauphine, sous la présidence de M. le Pr. Legueu, président de la Société de Femmes et Enfants de Médecins (F.E.M.). En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant avant le 18 mai leur adhésion et le prix du Banquet (60 fr.), à M. le Dr Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e). Chèques postaux : Paris 186-07. — Téléphone : Invalides 55-19.

Réunion médico-chirurgicale de morphologie. — La prochaine réunion aura lieu à 21 *heures précises, le mercredi* 10 *mai prochain sous la présidence du Dr Thooris à l'Amphithéâtre de l'Ecole d'Anthropologie,* 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris (3e étage, au-dessus du musée Dupuytren).

CONGRÈS

LE IXe CONGRÈS NATIONAL DE LA TUBERCULOSE

LILLE, 11, 12 et 13 Avril 1939

La séance inaugurale du *congrès* s'est tenue le mardi, 11 avril, en la salle des fêtes de la *Société Industrielle*, sous la présidence de M. Carles, préfet du Nord, président du congrès. Après avoir souhaité la bienvenue aux nombreux adhérents, il évoquait en termes heureux le souvenir de Pasteur, qui fit à Lille, ses premières recherches sur les fermentations et celui de Calmette, pionnier de la lutte antituberculeuse. Le Pr Bezançon, représentant du ministre de la Santé Publique, disait ensuite sa joie de se trouver dans une région dont l'activité industrielle ne le cède en rien au labeur scientifique.

Trois questions étaient à l'ordre du jour, qui furent l'objet de rapports intéressants et copieux. La première appartenait au *domaine biologique* : les différents types bacillaires capables d'infecter l'homme. M. Nègre étudiait le bacille aviaire, peu redoutable, à la vérité ; M. Boquet précisait les caractères du bacille bovin et M. Gernez, secrétaire général du congrès, montrait que le rôle de cet agent n'est pas négligeable, en pratique.

La seconde question était d'*ordre clinique* et relative au traitement des pyothorax. M. Kindberg préconise le lavage de la plèvre ; M. Monod, le traitement chirurgical ; quant à MM. Bernou, Fruchaud et d'Hour ils se montrent éclectiques et suivant les types cliniques, ont recours aux méthodes médicales ou au bistouri.

La troisième question, *médico-sociale*, était confiée à MM. Olmer, Mattei et Berthier, qui discutaient de l'intérêt des examens bactériologiques, et à MM. Courcoux, Vaucher et Codvelle, qui soulignaient les avantages de la cuti-réaction et des examens radiologiques pour le dépistage de la tuberculose dans les collectivités. Discussion fort animée, qui démontrait l'importance de ces recherches systématiques dans l'armée, chez les étudiants en médecine et dans les milieux d'infirmières.

Signalons encore une communication du Dr Dercheid, de Bruxelles, sur les localisations laryngo-trachéales chez les tuberculeux et une autre, du Pr Leclercq sur l'organisation de la lutte antituberculeuse dans le Nord.

La séance de clôture eut lieu le jeudi 13 avril, sous la présidence du Préfet du Nord, entouré de MM. Honorat, Bezançon, Sergent, Rist, etc. Après avoir félicité les congressistes de leurs travaux, le Président annonce que le prochain congrès de la tuberculose aura lieu, dans quatre ans, à Alger.

Nous ne pouvons entrer dans le détail des nombreuses réceptions qui furent offertes aux congressistes : à la Chambre de Commerce, à la Mairie, à la Préfecture, à l'Hôpital Calmette. Le mercredi 12, une brillante soirée était donnée au Grand-Théâtre. Au banquet de clôture, de nombreux toasts furent portés, qui mettaient en relief le succès du congrès et son excellente organisation.

Les jours suivants des excursions furent organisées : dans le centre minier du Pas-de-Calais, aux champs de bataille de l'Artois, dans les divers sanatoria et préventoria du Nord et jusqu'en Belgique.

Parmi les « curiosités » de ce congrès, signalons le musée Anatomo-Radiologique Thoracique, créé à la Faculté Libre de Médecine par les soins ingénieux du Pr Henri d'Hour et qui groupe des pièces du plus haut intérêt.

PROFESSEUR A. DAVID.

COURS

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. — Professeur F. RATHERY.

Mercredi 3 mai, 9 h. — Mme Hyon-Jomier : Leçon de sémiologie digestive ; 10 h. 30. — M. Thoyer : présentation de malades ; 11 h. 15. — Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : Maladies du rein.

Jeudi 4 mai, 9 h. — M. de Traverse : Leçon de chimie biologique ; 10 h. 30. — M. Rathery : Leçon clinique : Sensibilité à l'Insuline.

Vendredi 5 mai, 9 h. — M. Tunaf : Leçon de sémiologie cardiaque ; 10 h. 30. — M. Pautrat : Présentation de malades ; 11 h. 15. — Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : Maladies de la nutrition ; diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Samedi 6 mai, 9 h. — M. Bargeton : Leçon de sémiologie nerveuse ; 9 h. — M. Rathery : Visite des salles ; 11 h. 15. — Examens spéciaux.

Dimanche 7 mai, 10 h. 30. — Les thérapeutiques nouvelles : M. le Pr Clovis Vincent : Traitement des syndrômes d'hypertension intra-cranienne.

NÉCROLOGIE

— M. Jean Willot, à Rosny-sous-Bois.

SUR QUELQUES PROPRIÉTÉS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DU COBALT

Par M. Jean-Marie LE GOFF

Sous ce titre j'ai donné, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 juillet 1926, les premiers résultats de mes recherches sur le cobalt, à savoir que le chlorure et le carbonate, à faible dose, ne sont pas toxiques pour le lapin et le chien, ce qui est en contradiction avec les opinions de certains auteurs qui attribuent à ce métal une toxicité très élevée.

Tout récemment, M. F. Caujolle et Mlle S. Laffite, après des études très étendues sur ce sujet, dans le but, disent-ils, d'apporter quelques observations nouvelles permettant de préciser les données acquises sur l'élimination et la localisation du cobalt chez le chien, sont arrivés à cette conclusion : nos expériences confirment le point de vue de Le Goff sur la faible toxicité du cobalt (1).

Je voudrais aujourd'hui soulever un peu plus le voile qui recouvre encore ce singulier métal.

Je résumerai les différents travaux que j'ai déjà publiés et qui m'ont amené à l'utiliser dans le traitement de certaines maladies.

ÉLIMINATION DU COBALT PAR LE REIN (2)

A l'état normal, l'urine du lapin contient moins de un milligramme de cobalt par litre, pour qu'elle renferme cette dose, il faut donner à l'animal un composé de cobalt en quantité supérieure à celle qui existe dans ses aliments usuels. Le 12 septembre 1926, j'ai donné à un lapin de 3.370 grammes, 50 grammes de son humecté avec 30 cc. d'une solution de chlorure de cobalt à 6 pour 1.000, c'est-à-dire contenant 180 milligrammes de chlorure, la vessie ayant été vidée auparavant.

Pendant 24 heures, j'ai recueilli par sondage en deux fois 92 cc. d'urine très foncée dans laquelle l'analyse a montré la présence de 4 mg de cobalt correspondant à environ 16 mg du produit ingéré. Le 24 octobre suivant, j'ai injecté dans les muscles d'un lapin de 2.300 gr, 10 cc. d'une solution en 1/100 de citrate de cobalt, j'ai recueilli en 24 heures 106 cc. d'urine contenant 10 milligr. de cobalt correspondant à environ 50 mgr. de produit injecté. Le même jour, j'ai injecté à un autre lapin de 3.700 gr., 10 cc. de la même solution et j'ai recueilli en 24 heures, 150 cc. d'urine contenant 13 milligr. de cobalt.

Les dosages ont été effectués par la méthode électrolytique, après calcination du résidu sec des urines. Mes résultats sont comparables à ceux obtenus par R. H. Chittenden et Norris qui firent ingérer à un lapin de 2.500 gr. une capsule gélatineuse contenant 10 cgr. de nitrate de cobalt et recueillirent en 24 heures 30 cc. d'urine contenant 1 mgr. 3 de cobalt correspondant à 8 mgr. du produit ingéré (3).

ÉLIMINATION DU COBALT PAR LE REIN CHEZ L'HOMME (4)

Chez les sujets qui se sont prêtés à mes essais, j'ai injecté dans la région fessière 4 cc. de la solution que j'avais déjà employée chez le lapin. *Premier cas,* Bu... 21 ans, poids 50 kg, tempérament arthritique. Le 25 février 1927, j'injecte dans la région fessière droite 4 cc. de la solution soit 24 milligr. de chlorure de cobalt pur. Pendant les 18 heures qui ont suivi, j'ai recueilli 485 cc. d'urine contenant 1,7 mgr. de cobalt correspondant à environ 6 mgr. 8 de chlorure. Le 3 mars suivant, j'ai injecté dans les mêmes conditions, 4 cc. de la même solution et pendant les 18 heures qui ont suivi j'ai recueilli 570 cc. contenant 1,6 mgr. de cobalt. Les dosages ont été faits par la méthode décrite : calcination du résidu et dosage électrolytique. L'urine renfermant du cobalt prend une teinte brune plus ou moins foncée. *Deuxième cas.* Bo... 52 ans, poids 72 kg., diabétique éliminant en moyenne 50 gr. de glucose par litre d'urine. Le 3 mars, j'injecte dans la région fessière gauche 4 cc. d'une solution contenant 24 mgr. de chlorure de cobalt pur. Pendant les 18 heures qui ont suivi cette opération, j'ai recueilli 1.250 cc. d'urine renfermant 0,66 mgr. de cobalt soit environ 2,64 mgr. de chlorure. Pour ce second cas, j'ai dosé le métal à l'état de cobaltinitrite de potassium. Avec Madame Duval, j'ai fait connaître un procédé de recherches de petites quantités de cobalt dans l'urine humaine. (C.R. Académie des Sciences, séance du 8 mars 1937).

En résumé, une partie du cobalt injecté s'élimine par les urines, une autre par la bile et les fèces, la troisième se fixe au niveau du foie, du pancréas, des reins et de la rate. Si l'on se reporte à mon précédent article, on voit que la rate est l'organe du corps humain qui renferme la plus forte proportion de cobalt. J'attribue à ce fait, les résultats thérapeutiques obtenus par l'emploi des préparations spléniques dans les dermatoses. Ces résultats sont beaucoup plus rapides si l'on ajoute une petite quantité de cobalt à ces diverses préparations, ainsi que j'ai eu l'occasion de le constater dans un cas d'eczéma suitant de la face et du cou chez une femme de 50 ans.

ACTION VASO-DILATATRICE DES SELS DE COBALT (5)

L'injection hypodermique ou intra-veineuse de quelques centigrammes de cobalt provoque chez l'homme une vaso-dilatation des vaisseaux de la face, des oreilles, du cou et de la nuque. En même temps le sujet éprouve dans ces organes, devenus très rouges une sensation de chaleur vive. Ces phénomènes se produisent quelques secondes après l'injection et durent 10 à 15 minutes, quelquefois davantage. On observe en même temps une augmentation du rythme cardiaque : les pulsations augmentent. A une dose plus forte la sensation de chaleur est extrêmement violente. La face, le cou, les oreilles prennent une coloration rouge vif, des nausées, des douleurs intestinales peuvent apparaître. Si le sujet est atteint de maladies cutanées, il éprouve sous chaque éruption une sensation de

chaleur. L'injection de la même quantité de nickel dont les propriétés sont si voisines de celles du cobalt, ne produit pas ces phénomènes. Cette vasodilatation semble due à l'action spécifique du cobalt sur le grand sympathique.

Depuis le 19 février 1926, date de ma première injection chez l'homme jusqu'à ce jour, j'ai fait près de trois mille injections. Et chaque fois, j'ai observé le même phénomène.

Le Docteur Sutter (6), a étudié le cobalt chez les vertébrés et a observé chez les poissons une action très nette de ce métal sur les mélanophores, il injecte la solution sous le tégument dorsal du poisson qu'il maintient sur un fond blanc, en quelques secondes, la dilatation des mélanophores commence, elle atteint son maximum, dans 2 à 3 minutes. En ce moment elle est généralisée, le dos comme les flancs, la partie antérieure de l'animal comme sa partie postérieure sont *noires*. Cette expérience peut justifier l'emploi du cobalt dans le traitement de certaines affections cutanées.

Action hypotensive du cobalt (7). — L'étude de la vaso-dilatation provoquée par le cobalt m'a permis de constater qu'il se produit en même temps, une hypotension sanguine d'une durée bien supérieure à ce symptôme passager d'érythrose de la face. Sur le lapin, j'ai étudié la chute de tension consécutive à l'injection intraveineuse de quelques centig. de cobalt au moyen de sphygmographe enrégistreur et chez l'homme en me servant de l'oscillomètre Pachon appliqué 2 à 3 minutes après l'injection. Ainsi un homme sain, âgé de 25 ans et pesant 50 kg. avec une tension sanguine de 14-8 reçut le 20 février 1929 une injection de cobalt, au bout de 3 minutes la tension n'était plus que 12-7. En 1935, Franz Hendrych et José Escobar-Bordoy, expérimentant sur des grenouilles et des lapins trouvèrent que la pression sanguine était abaissée par les sels de cobalt (8).

Action hémopoiétique. — Mascherpa (9) a étudié longuement le pouvoir hématopoïétique du cobalt sur les animaux et est arrivé à ces conclusions : chez le chien, dans les états de carence du fer, dans les anémies expérimentales, le cobalt mêlé aux aliments, excite la formation d'hémoglobine, il élève la valeur globulaire et stimule la formation de la moelle osseuse et des organes lymphopoïétiques (*Arc. ital. de biol.* 1939). Jean Sutter a injecté chez la grenouille 2 à 3 mgr. de sel de cobalt par 10 gr. d'animal et obtenu en 8 jours une augmentation du nombre des globules rouges qui doublent, triplent et quadruplent. Ces superglobulies se maintiennent pendant quelque temps, les globules blancs augmentent également. Ces résultats justifient l'emploi du cobalt dans le traitement des anémies.

Action sur le système nerveux et le sympathique. — Le premier travail important sur ce sujet est dû à A. Stuart (10) qui fit ses recherches en 1881, sur des animaux, non sur l'homme, dans le célèbre laboratoire de Schmiedeberg à Strasbourg. Il trouva que ce métal a une action spéciale sur la moelle épinière. Plus récemment, Siegesi Yosida, étudiant sur de petits animaux l'effet de doses toxiques, moyennes et faibles sur le rythme du cœur, établit que le liquide de Ringer restaure le cœur cobaltisé et que l'adrénaline est l'antidote de l'intoxication cobaltique. Selon Jean Sutter, l'effet du cobalt sur le système nerveux des animaux semble se résumer en ceci : action hypnotique primordiale qui masque l'apparition plus tardive des phénomènes de curarisation, (*thèse* de Paris 1935). Chez l'homme, l'action est différente et varie suivant la nature du composé employé. Les sels simples provoquent la rubéfaction de la face, des oreilles, du cou et l'apparition de chaleur aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs, à ce point que des personnes souffrant de froid continu aux pieds et aux mains éprouvent après quelques injections une sensation de chaleur constante à ces organes. S'il s'agit de complexes cobaltiques, au bout de 15 à 20 minutes, le sujet éprouve une légère sensation de chaleur à la figure qui rougit un peu, mais beaucoup moins que dans le cas précédant. Il ressent bientôt aux lèvres, un frémissement, des secousses fibrillaires et des secousses cloniques qui s'étendent aux ailes du nez, aux joues, aux paupières, au front, au cuir chevelu. Les gencives semblent se gonfler et s'étirer, la tension de la muqueuse buccale paraît accrue, souvent la salivation augmente. Il éprouve dans la gorge la sensation d'avoir avalé une liqueur forte ou un corps solide qui s'y trouverait arrêté ; parfois, il éternue et baille plusieurs fois. Ces sensations s'étendent jusqu'aux mains et aux pieds dans lesquels se manifestent les mêmes secousses cloniques ainsi qu'aux seins, aux cuisses et aux organes génitaux surtout chez la femme. De plus fortes doses provoquent des nausées, des coliques et même des vomissements, quelquefois une sensation de pression au niveau du plexus solaire. Tous ces phénomènes sont très marqués chez l'individu sain, ils semblent varier dans leur intensité et leur localisation chez les malades où le grand sympathique est plus ou moins intéressé. La sensation de secousses se reproduit par accès périodiques de courte durée pendant deux ou trois jours et la volonté est impuissante à la maîtriser. Ne reconnait-on pas là quelques effets de curarisation sur lesquels je reviendrai.

LE COBALT EN THÉRAPEUTIQUE. — L'emploi du cobalt en thérapeutique se justifie par la présence de ce corps dans toutes les cellules vivantes, par sa faible toxicité, par son pouvoir catalytique et par les propriétés physiologiques que je viens d'énumérer.

Cobalt et diabète. — G. Bertrand et Mâcheboeuf ont établi que le cobalt augmente l'action hypoglycémiante de l'insuline. Ils ont traité, avec succès, quelques diabétiques en leur injectant une solution très étendue de cobalt. J'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 novembre 1926, les résultats que j'avais obtenus avec la même solution que je devais à l'obligeance de ces auteurs auxquels je

renouvelle nos remerciements. Rathery et Mlle Levina (*Acad. des Sciences*, 26 juillet 1926), Roch et A. du Bois (*Soc. méd. des Hôp.*, 15 mars 1929), G. Zuccoli (*Gaz. des Hôp.*, 13 octobre 1928) ont étudié l'influence des sels de cobalt sur quelques diabétiques. Depuis 1926, j'ai toujours ajouté aux injections d'insuline une petite quantité de cobalt, afin de former de l'insulinate de cobalt et obtenu ainsi un meilleur effet.

Déjà, en 1897, lorsque j'essayais, chez Pierre Marie, le bleu de méthylène dans le traitement du diabète sucré, j'avais pensé y adjoindre le cobalt comme catalyseur (12).

Le cobalt, médicament de choc. — Le pouvoir vaso-dilatateur et hypotenseur que j'ai décrit au 13e congrès international de Physiologie de Boston, 1929 (13), fait de ce corps un médicament de choc dont les effets sont supérieurs à ceux provoqués par divers procédés en usage jusqu'à ce jour. J'ai vu le rhume des foins au début et la migraine disparaître après une injection forte de cobalt ; dans des cas de rhumatisme, j'ai obtenu une grande amélioration. La faible toxicité de ce produit permet d'en doubler et tripler la dose injectée sans danger.

Depuis Antal, on sait que le cobalt est l'antidote des empoisonnements par le cyanure de potassium (14).

Cobalt et anémies. — Son pouvoir hématopoiétique dérivant très vraisemblablement de la vasodilatation des vaisseaux de la moelle osseuse le fait préconiser dans le traitement de la chlorose et des diverses anémies ainsi que je l'ai constaté dans cinq cas.

Cobalt et maladies nerveuses. — L'influence du cobalt sur le système nerveux et le sympathique se manifeste de tant de manières qu'il est possible de prévoir son application au traitement des maladies les plus diverses qui en dépendent directement ou indirectement. Je rappelle que Leriche a pratiqué la stellectomie dans 26 affections différentes (*Gaz. des Hôp.*, 12 oct. 1938). J'ai toujours obtenu de bons résultats dans les affections spamodiques, les convulsions, les parésies, l'épilepsie et les troubles de déséquilibre neurovégétatif : il y aurait lieu de rechercher son action sur les psychoses et la démence au début, le cobalt paraissant jouer, dans l'organisme humain, le rôle de redresseur des fonctions déficientes. Je mets le produit que j'emploie à la disposition des médecins qui m'en feront la demande et leur serais reconnaissant de me communiquer leurs observations.

BIBLIOGRAPHIE

1. — F. CAUJOLLE et Mlle B. LAFFITE: Contribution à l'étude toxicologique du cobalt. *Journal de Pharmacie et de chimie*, 1er avril 1937.

2. — J.-M. LE GOFF : Elimination du cobalt par le rein, *Soc. de Biol.* Séance du 10 février 1927.

3. — R.-H. CHITTENDEN et NORRIS Jr : Studies from Lab. of Phyiol. Chem. *Yale University*, 1887-88. The relative absorption of Ni and Co.

4. — J.-M. LE GOFF : Elimination du cobalt par le rein chez l'homme. *Soc. de Biol.* Séance du 11 juin 1927.

5. — J.-M. LE GOFF : Action vaso-dilatatrice des sels de cobalt. C. R., *Académie des Sciences*, séance du 16 janvier 1928.

6. — Drs Jean SUTTER : Action du cobalt sur l'organisme des vertébrés. Paris 1935.

7. — J.-M. LE GOFF : Action hypotensive du cobalt. *Soc. de Biol.* Séance du 29 juin 1929.

8. — FRANZ HENDRYCH et JOSÉ ESCOBAR-BORDOY : *Arch. f. exper. Path.* 178 ; 167, 1935.

9. — Dr MASCHERPA : Le pouvoir hématopoïétique du cobalt. *Arch. it. de Biol.* 1930.

10.— A. STUART : *Jour. Anat. and Physiol.* 1883.

11. — J.-M. LE GOFF : Réaction biologique différentielle des composés cobalteux et de certains composés colbatiques, C. R., *Acad. des Sciences*, séance du 23 septembre 1935.

12. — PIERRE-MARIE et J. LE GOFF : Observations de diabétiques traités par le bleu de méthylène. *Société Médicale des Hôpitaux*, 7 mai et 28 mai 1897.

13. — J.-M. LE GOFF : Cobalt as vaso-dilator. *The journal of Pharm. and experim. Therap.* vol. 38, n° 1, january, 1930.

14. — ANTAL J., *Ungar. Archiv. Med.*, 1894 :

Applications médicales du nouveau Codex et prescription des substances vénéneuses, par R. HAZARD. Paris, Masson et Cie, 1939. (Collection *Médecine et Chirurgie*. Recherches et applications.)

Les modifications que, sur divers point, le Codex 1938 a apportées aux dispositions du Codex de 1937 rendaient désirable pour le médecin praticien un lexique de maniement facile. Le présent opuscule, conçu dans un but essentiellement pratique et d'un ordre clairement saisissable rendra, sans aucun doute, les plus signalés services pour la pratique quotidienne.

Il mentionne après les suppressions, d'ailleurs peu nombreuses, les additions dont s'est enrichi le Codex nouveau, pour les produits chimiques ou d'origine végétale et pour les préparations galéniques. Les produits biologiques (opothérapie, sérums et vaccins, diastases et vitamines) et les conditions de titrage nécessaires à connaître sont l'objet d'une étude particulièrement soigneuse. Un appendice important à ce chapitre et un formulaire spécialisé complété par divers tableaux d'ensemble (nombre de gouttes, etc.), qui permettent la prescription magistrale sans risque d'erreur.

Plus importante encore, peut-être, est l'étude des substances vénéneuses, des règles posologiques et de celles qui en régissent la prescription, la délivrance et la conservation au point de vue légal. Il faut louer particulièrement l'auteur de la clarté avec laquelle il a réussi à résumer les conditions d'application des règlements, les conditions pratiques d'exemption légale. L'inévitable superposition de règlements successifs rendus nécessaires par les conditions de la pratique en rend souvent l'interprétation malaisée pour les cas d'espèce. Bien des timidités inutiles ou des imprudences involontaires seront ainsi épargnées aux praticien dont la mémoire est si souvent mise à une rude épreuve.

Un tel ouvrage dans sa clarté et sa concision est donc l'indispensable complément légal et même magistral du formulaire même le plus soigneusement établi et permettra au praticien de résoudre sans efforts ni perplexité bien des cas de conscience épineux et d'éviter bien des faux pas dus à une documentation incomplète et malaisée à parfaire.

L. B.

DOUBLE ENDOMÉTRIOME KYSTIQUE DU CANAL INGUINAL

Par Fr. FROEHLICH
Chef de Clinique
Clinique chirurgicale A de Strasbourg

L'observation suivante mérite d'être connue, parce que le diagnostic d'endométriome bilatéral a été fait avant l'opération.

Pour le faire, M. Leriche s'est basé sur la nette augmentation, au moment des règes, des tumeurs que portait le malade, alors qu'il y avait eu une laparotomie antérieure à intention annexielle.

Observation Mlle F... Gertrude.

De fortes douleurs de la région inguinale amènent Mlle F. à la consultation de la clinique chirurgicale A le 16-7-1936.

Agée de 35 ans, elle fut opérée il y a 5 ans pour salpingite droite. On a enlevé à ce moment la trompe et l'ovaire droits, ainsi que l'appendice.

Les phénomènes douloureux actuels existent depuis l'été 1933. Localisées d'abord dans la région inguinale, ils furent attribués à une pointe de hernie, d'autant plus facilement qu'une petite saillie se montrait à la sortie du canal inguinal. Cette tuméfaction, très petite en 1933, augmenta progressivement de volume, en devenant de plus en plus douloureuse, surtout pendant la menstruation et les jours qui la précédaient. L'effet des règles a été si net, que le malade en parla immédiatement.

Il y a dix mois, une petite tuméfaction analogue apparaissait à droite. De la taille d'une noisette, elle prenait la grosseur d'une cerise à l'époque des règles.

Les douleurs de plus en plus intenses irradiaient de la région inguinale vers la région lombaire et la face interne de la cuisse. Elles étaient parfois d'une acuité telle, que la malade était obligée de garder le lit pendant toute la durée de la menstruation.

Nous constatons *à gauche* une tumeur inguinale, lisse, dure, très douloureuse à la pression, de la grosseur d'une noix, fortement fixée aux plans profonds et libre sur les plans superficiels.

Irréductible, elle ne présente aucun caractère inflammatoire, malgré la forte poussée douloureuse habituelle. On dirait un gros kyste sacculaire.

A droite, la tuméfaction est moins volumineuse (de la grosseur d'une noisette), mais présente les mêmes caractères que celle du côté gauche.

Le toucher vaginal montre un utérus petit, en antéflexion. Les annexes ne sont pas palpables, mais *la moindre mobilisation du col provoque des douleurs au niveau des orifices inguinaux.* Les culs-de-sac sont libres.

En se basant sur l'effet très net de la menstruation sur les masses inguinales, sur la bilatéralité, et sur la fixité, le professeur Leriche fait le diagnostic d'endométriome le long du ligament rond.

L'état général est, par ailleurs, bon.

Le 17-7-1936 (Prof. Leriche, Dr Froehlich) : ablation, sous anesthésie générale, de deux tumeurs solides, intra-inguinales, fixées contre le ligament rond, à contenu hémorragique.

L'examen anatomo-pathologique fait par le Prof. Géry confirme la nature histologique de l'endométriome.

Les cavités glandulaires sont revêtues d'un épithelium utérin et entourées de tissu cytogène.

Les groupements ainsi définis, plus ou moins volumineux, sont distribués sans ordre dans un tissu interstitiel qui a la structure d'un fibrome dense et ne montre que de loin en loin des faisceaux musculaires.

Le malade quitte le service le 7-8-1936.

Pendant trois mois, elle accusait encore quelques lancées douloureuses dans les deux régions inguinales au moment des règles. Elles étaient cependant bien moins intenses qu'autrefois et permettaient à la malade de continuer à travailler.

Progressivement les troubles ont disparu, pendant que le flux menstruel est devenu moins abondant, en durant de 4-5 jours.

Au mois de juin 1937 et en janvier 1938, la malade est revenue nous voir pour des irradiations douloureuses dans les deux régions inguinales. Cliniquement, l'on ne constata rien de particulier, et l'on fit à deux reprises des infiltrations locales (dans la cicatrice opératoire) de scurocaïne.

Depuis ce moment, tout est rentré dans l'ordre. La malade ne souffre plus, est normalement réglée, et localement il n'y a pas trace de récidive.

Si des douleurs réapparaissaient, on ferait faire de la radiothérapie.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 25 AVRIL 1939

M. Le Président fait part de la mort de M. Prosper Merklen, de Strasbourg, membre correspondant,

M. Baudouin lit une notice nécrologique sur M. Stéphane Leduc, de Nantes, membre correspondant récemment décédé.

Alcoolisme. — Dans la séance du 4 avril, M. Jules Renault, au nom de la commission de l'alcoolisme a déposé le vœu suivant :

« L'Académie de médecine...

...Demande instamment aux Pouvoirs publics :

« 1° L'application stricte des lois et règlements existant, mais trop souvent négligés, concernant d'une part, l'installation des débits de boissons alcoolisées et, d'autre part, les heures d'ouverture de ces débits ;

« 2° Une réduction importante et rapide du nombre de ces établissements en France ;

« 3° Une réglementation nouvelle des jours et heures d'ouverture de chaque débit ;

« 4° La fermeture des débits dans certaines circonstances telles que grêves et élections. »

L'Académie demande d'autre part une modification au régime des bouilleurs de cru. Un enseignement

anti alcoolique officiel et de plus, la recherche et le dosage obligatoire de l'alcool dans le sang (ou l'urine, etc.) à l'occasion des rixes et des accidents de la circulation.

La DISCUSSION s'ouvre par une intervention de M. SERGENT. Il démontre que l'alcoolisme n'est plus celui des ivrognes d'autrefois. Il a gagné toutes les classes. Les loisirs amenés par la loi de 40 heures, se passent trop souvent dans les débits, ou dans les bars. Il y a là une aggravation du danger national que constitue l'alcoolisme.

La discussion reste ouverte.

La désinfection des oranges par le sulfure de carbone. — Ce procédé de conservation des fruits est employé couramment par les importateurs.

M. TANON dans son rapport au nom de la commission de l'hygiène montre que le sulfure de carbone pénètre dans l'orange qui garde son odeur, la pulpe arrive à en être imprégnée. L'ingestion des oranges ainsi traitées amène une brûlure de la muqueuse gastrique.

M. Tanon expose que la désinfection par un bref contact avec le sulfure de carbone (une demi minute) est inoffensive, et préférable à la consommation des fruits avariés.

Ses conclusions dans ce sens amènent une discussion à laquelle prennent part MM. GABRIEL BERTRAND, MARTEL et MATHIS.

En définitive, le rapport est renvoyé à la commission.

Etiologie générale de l'épilepsie « essentielle ». — M. L. BABONNEIX. — Les causes de l'épilepsie essentielle peuvent être divisées en trois groupes, selon que leur influence est douteuse : consanguinité, hérédité, helminthiase ; impossible à préciser faute de documents : troubles endocriniens ; ou, au contraire, évidente : alcoolisme des parents, traumatismes obstétricaux, infections, tant générales, dont surtout l'hérédo-syphilis, que locales et dues à un virus neurotrope. Si cette conception, fondée sur l'étude de 355 cas personnels, est exacte, elle conduit, du même coup, à une prophylaxie qui consistera essentiellement à combattre l'alcoolisme, à réduire au minimum les traumatismes obstétricaux, à prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher l'extension et la propagation des maladies infectieuses.

Dix années d'application de la vaccination des enfants par la B.C.G. à Belgrade. — Mme SMILJA et M. KOSTIC-JOCKSIC.

Nouveaux résultats des expériences de prophylaxie collective antipaludique, en Tunisie. — MM. DUPOUX BARTHAS, ANTOINE et GARALI.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1939.

Variations du poids, de l'agglutinabilité et de la virulence des germes, en fonction de l'âge de leurs cultures. — M. R. SEIGNEURIN. Le poids, l'agglutinabilité, la virulence des germes ne sont pas les mêmes à tous les âges d'une même culture : le poids triple au cours des deux premières heures, le taux d'agglutination s'abaisse et celle-ci devient du type granuleux, la virulence est accrue. Ainsi la période qui suit de 2 ou 3 heures l'ensemencement se caractérise par des propriétés particulières.

Ultravirus et fluorescence. Corpuscules élémentaires de la vaccine et kératite vaccinale. — MM. C. LEVADITI, L. REINIE et R. BÉQUIGNON. Le rôle spécifique de ces corpuscules élémentaires dans la genèse des altérations spécifiques de la kératite vaccinale est hors de doute. L'évolution progressive de ces altérations s'accompagne d'une multiplication parallèle de ces corpuscules. Si quelques-uns, parmi eux, persistent pendant la phase cicatricielle du processus kératogène, il semble qu'ils aient subi une atténuation de leur pouvoir pathogène.

De la valeur comparée du virus vaccinal en culture allantoïdienne et du virus vaccinal de génisse dans la recherche des phénomènes allergiques. — MM. P. GASTINEL et R. FASQUELLE étudient le comportement allergique de l'animal et de l'homme envers le virus vaccinal soit recueilli sur la génisse et dépourvu de germes bactériens, soit cultivé sur membrane chorio-allantoïdienne; des tests de contrôle sont effectués avec une membrane allantoïde non inoculée et aussi avec des virus tués par chauffage.

L'ensemble de ces recherches confirme toute la valeur de la réaction allergique précoce, telle qu'elle a été définie par Pirquet; aucun des éléments constitutifs de la lymphe vaccinale ne joue un rôle dans son déterminisme; elle est bien le fait du virus antigène, chez un sujet ayant acquis une sensibilisation à son égard.

M. H. BÉNARD. — Peut-être convient-il de n'expérimenter chez l'homme qu'avec prudence ces nouveaux vaccins, étant donné que nous ne les connaissons pas encore bien, alors que le dermo-vaccin a pour lui une expérience plus que séculaire.

M. H. BÉNARD. — Le vaccin de génisse peut, grâce aux nouvelles techniques, être purifié d'une façon absolue sans que son pouvoir immunisant soit le moins du monde diminué.

M. LEVADITI. — Les nouveaux vaccins ne se conservent pas peut-être aussi longtemps *in vitro* que les anciens; ils sont plus virulents et donnent plus facilement, par inoculation, l'encéphalite.

Action thermique des hormones sexuelles chez la femme. — MM. R. PALMER et J. DEVILLERS. Aussi bien chez la femme normale que chez la femme castrée, la folliculine et la testostérone ont une action hypothermisante, la progestérone une action hyperthermisante. Ces actions opposées expliquent la courbe thermique de la femme normale, dont le minimum à la phase d'ovulation est dû à la folliculine, et dont le décalage au-dessus de 37° des 11-13 derniers jours du cycle est dû à l'action hyperthermisante de la progestérone.

Election. — M. DEIVIN est nommé membre titulaire.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1939.

Cytologie par ponction et biopsie de la moelle osseuse dans le dyélome multiple et la myélomatose décalcifiante diffuse. — MM. WEISSENBACH et LIÈVRE décrivent les cellules en prolifération par étude comparée de la ponction sternale, de la ponction du myélon et de la biopsie. Répondant au type du myélome à plasmocytes, les cellules myélomateuses présentent une série de types allant du plasmocyte à la cellule endothéliale à cytoplasme diffus, en passant par la cellule histiocytoïde.

Données pratiques concernant la ponction sternale dans le myelome multiple et la myélomatose décalcifiante diffuse. — MM. WEISSENBACH et LIÈVRE étudient le diagnostic

du myélome par la ponction sternale. Le myélogramme montre la diminution ou la disparition des éléments, des lignées érythroblastique et myélocytique : on trouve un nombre variable de cellules myélomateuses.

Diminution de magnésium du sérum sanguin dans le myelome multiple et la myélomatose décalcifiante diffuse. — MM. WEISSENBACH, LIÈVRE et WOLFF.

Infiltration du ganglion stellaire dans la dilatation des bronches. — MM. BOURGEOIS, CHAUVEAU et DOS GHALI, malade atteint de dilatation des bronches avec expectoration quotidienne de 600 gr. en moyenne. L'infiltration du ganglion stellaire et de la chaîne thoracique supérieure avec 25 à 30 cm³ de novocaïne à 2 % a provoqué une baisse immédiate de l'expectoration aux environs de 30 à 50 gr. par jour, amélioration concomitante des signes fonctionnels. L'action de l'infiltration du ganglion stellaire dure de 6 à 8 jours. La modification de la sécrétion bronchique est obtenue par action sur la circulation des artères bronchiques et par action directe sur les glandes bronchiques.

Sensibilisation épidermique à la novocaïne. — MM. DECOURT et GUILLEMIN.

Durée de l'incubation de la spirochétose (leptospirose.) — MM. DENECHAU et MANDROUX DE JARZÉ. A propos d'un cas à forme anictérique et méningée à infestation murine, les auteurs ont pu déterminer la durée de l'incubation de la spirochétose consécutive à la manipulation d'un animal infecté (soit 17 jours).

Vaccination par l'anatoxine diphtérique de 172 enfants tuberculeux. — MM. BENARD, ZIVRY, J. WEIL et CHICHE ont vacciné avec l'anatoxine de Ramon tous les sujets âgés de plus de 9 mois. Sur 172 ainsi vaccinés, 114 ne présentèrent aucune réaction; 58 ont présenté une ascension thermique modérée. Dans aucun cas, il n'y eut d'autre symptôme morbide; et jamais l'injection n'a retenti sur l'évolution de la tuberculose. Ces faits démontrent l'innocuité de l'anatoxine.

Deux cas de suppuration pleuro-pulmonaire à flore bactérienne constitué par une espèce anaérobie pure ou prédominante. — MM. JACOB et BROCARD.

Septicémie à pneumocoques avec endocardite probable et méningite. — MM. HUBERT, LIÈVRE et PAGET. Dans un cas de pneumococcémie avec endocardite et méningite purulente, les auteurs ont vu une amélioration à la suite de l'administration à hautes doses de 1162 F, puis de M et B 693. Les auteurs rappellent l'action partielle de la sulfamidothérapie. Dans ce cas, il faut souligner l'évolution prolongée mortelle.

Accidents cérébraux consécutifs aux arsenicaux. — M. MILIAN distingue : 1° les accidents biotrophiques directs dus à la syphilis traitée; 2° les accidents toxiques (apoplexie séreuse); 3° les accidents biotropiques indirects, se traduisant par une symptomatologie inverse de celle de l'apoplexie séreuse avec au bout de 12 jours environ, l'apparition d'une éruption morbilliforme ou scarlatiniforme, et ensuite par des accidents cérébraux à prédominance méningée.

Encéphalographie avec contrôle électrofluoroscopique. — MM. FESSARD et MINOT.

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

SÉANCE DU 27 JANVIER 1939.

Resection du tronc du sciatique (greffe de moelle de chien). — MM. P. DAMBRIN et ESTRADE. Les auteurs rapportent l'observation d'un homme chez qui fut pratiqué l'ablation d'un schwanome du sciatique du volume des deux poings avec conservation du nerf disséqué profondément dans la masse de la tumeur. Une récidive étant survenue ils pratiquent huit mois plus tard la résection du nerf sur 18 cm. et de la récidive tumorale qui pesait 1 kg 200.

Dans les deux cas l'histologie montra qu'il s'agissait de schwanome à mégakaryocyte sans caractère de malignité. La résection du nerf fut suivie de l'hétérogreffe médullaire suivant la technique de MM. Gosset et Y. Bertrand. (Les auteurs employèrent une moelle de chien jumelée à cause du diamètre et de la longueur de la perte de substance).

La récupération n'est encore un an et demi après l'opération qu'incomplète.

La chirurgie chez les diabétiques. — M. DARNAUD à propos de 31 interventions qu'il a suivies au point de vue médical indique les soins pré et post-opératoires qu'il est bon de donner à ces malades.

A. — *On a un large délai avant l'intervention.* Il faut accroître la dose d'hydrates de carbone et d'insuline jusqu'à ce que la glucosurie et la glycémie soient normales. La veille de l'intervention il est bon de rechlorurer les malades (200 cm³ de sérum chloruré à 10 p. 100 et 40 cm³ de sérum glucosé) 30 heures avant l'opération, injecter 33 unités d'insuline lente et 20 d'insuline normale. L'opération sera de préférence effectuée sous anesthésie locale ou loco régionale. Après l'intervention ne pas laisser le sujet à jeun. Il ne doit pas passer plus de six heures sans prendre du sucre (doit absorber environ 150 gr. de glucose en 24 heures). Utiliser de préférence l'insuline à absorption lente.

B. — *Dans les urgences.* Faire prendre 500 cm³ de sérum glucosé et injecter 30 unités d'insuline lente avant l'intervention. Se comporter ensuite comme dans le cas précédent. Lorsqu'il existe une suppuration profonde ou diffuse ne pas se contenter de l'inciser mais toujours l'extirper très largement.

P. Fabre enlève toujours très largement les anthrax de la nuque chez les diabétiques. Il donne souvent à ses opérés non-diabétiques de l'insuline après l'opération et combat ainsi efficacement l'hyperglycémie post-opératoire qui n'est pas rare.

C. Dambrin appuie les idées de Darnaud et indique les bons résultats qu'il obtient chez les diabétiques opérés depuis qu'il tient compte des conseils donnés par Darnaud.

Anesthésie au scophédal. — P. FABRE a utiisé ce produit et a eu deux crises d'agitation très brutales et vraiment impressionnantes l'une au moment de l'opération, l'autre après. Cette méthode qui d'ailleurs demande toujours à être complétée par une anesthésie locale ou générale n'est pas sans ennui.

Rieinau a eu de grosses excitations post-opératoires par l'évipan et la scopalamine morphine.

P. Dambrin ayant vu dans un grand sanatorium une mort quelques heures après une thoracoplastie à l'évipan n'emploie plus ce produit pour ses thoracoplasties. L'énarçon donne aussi des ennuis.

C. Dambrin reste fidèle à la vieille méthode d'anesthésie locale ou générale à l'éther qu'il ne fait précéder d'aucune autre anesthésie.

Douze observations de sarcomes musculaires. — M. GRIMOUDI après avoir rappelé les caractères anatomiques et cliniques des sarcomes insiste sur la gravité du pronostic. Malgré l'impression de relative bénignité que peuvent donner à l'intervention ces tumeurs étant donné leur clivabilité il faut conseiller dans de pareils cas l'amputation qui seuls peut donner de bons résultats.

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 20 MARS 1939

Nouvelle méthode biochimique de dosage de la vitamine C. — Mmes L. RANDONI et C. P. LEBLOND.

Coefficient d'aimantation spécifique de l'oxyphémoglobine. — Mlle Paulette BERTHIER.

Essais de quelques substances comme précurseurs de l'acide ascorbique. — M. ADAMANTIOS LEMOS.

SÉANCE DU 27 MARS 1939

Transmission expérimentale de la tremblante à la chèvre. — MM. Jean CUILLÉ et Paul-Louis CHELLE. — La tremblante du mouton est une affectation virulente et inoculable. Le virus qui la détermine est susceptible de passer à travers la bougie Chamberland L. 3.

Les auteurs montrent que la tremblante est inoculable à la chèvre, que sa période d'incubation est de 25 à 26 mois et que chez la chèvre elle évolue uniquement sous la forme paralytique sans troubles de la sensibilité cutanée.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1939

Viscosité des solutions de sérum albumine dans des milieux de diverses concentrations en ions hydrogène. — Mlle Suzanne THÉVENET.

Le dadon en thérapeutique (30 ans de recherches), par le Dr P.-E. MORHARDT, édité par les laboratoires Virac, 110, bd. Haussmann, Paris 8e.

La Pyrétothérapie, par Charles RICHET, Jean SURMONT et Pierre LE GO. — Un volume de 192 pages avec figures Prix : 50 francs. Masson, éd., Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

ÉTUDE BIOLOGIQUE DES PRODUITS DINITRÉS CHEZ L'HOMME

De tous les produits dinitrés, le moins toxique de beaucoup et le plus actif, est la dinitrophényl-lysidine; c'est donc celle-ci qu'il faut étudier au point de vue biologique.

Elle a, tout d'abord, une action métabolique, augmentationtion du métabolisme de base due essentiellement à l'accroissement de la combustion des graisses et un peu des hydrates de carbone; elle n'attaque pas les albumines tissulaires et ne détermine pas l'amaigrissement aux dépens des muscles, contrairement à la thyroxine.

Elle respecte le foie, le rein, l'appareil cardio-vasculaire et le sang. Cette innocuité pour les grandes fonctions viscérales est sans doute une des raisons majeures de son actuelle diffusion thérapeutique.

Son action sur le bilan de la nutrition est fort remarquable; elle a, aux doses thérapeutiques, une action tout à fait physiologique, comparable à celle de l'exercice physique. Alors que la thyroxine provoque surtout une dénutrition azotée, la dinitrophényl-lysidine ne détermine qu'une élimination des matériaux de réserve sans attaque musculo-viscérale. D'autre part, cette dernière, comme l'exercice physique, élève la thermogénèse en respectant le quotient métabolique.

C'est pourquoi l'on a pu écrire de la dinitrophényl-lysidine, qu'elle est « irremplaçable dans tous les cas d'obésités monstrueuses empêchant toute gymnastique ». Elle s'impose, dit Jacques Bell, chez les obèses dont les occupations, le genre de vie ou les troubles cardiaques ne permettent pas les exercices physiques.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNE ET DIAGNOSTIC DES INFARCTUS PULMONAIRES

L'infarctus pulmonaire est une *apoplexie circonscrite* due à l'oblitération d'une branche de l'artère pulmonaire.

Cette apoplexie par *infiltration* est donc le résultat de l'obstruction artérielle par un *thrombus* ou un *embolus*. C'est dire que son étude est dominée au point de vue étiologique par sa fréquence au cours des *cardiopathies* (rôle de l'*artérite*) ou des *phlébites* (prophylaxie de la convalescence).

ÉTUDE CLINIQUE

I. *La forme la plus commune* : l'infarctus de moyen volume : infarctus de Laënnec tel qu'on l'observe au cours d'un R.M., par exemple.

Son début. Brusque : une *douleur* aiguë à la base du thorax puis un accès de *dyspnée* avec toux sèche *angoissante*.

L'infarctus profond donne un minimum de signes physiques, mais une expectoration plus franchement hémoptoïque. C'est pour lui qu'un examen radiologique s'impose : il découvre l'image centrale triangulaire à sommet para-hilaire, ou arrondie, mais en général assez bien limitée.

L'infarctus sous-cortical n'a souvent pour traduction clinique qu'un *épanchement pleural*.

Les infarctus à répétition (Hirtz) donnent un tableau clinique voisin de celui d'une broncho-pneumonie.

FORMES ETIOLOGIQUES

La distinction classique sera conservée.

I. *Infarctus des cardiopathies. — A. Essentiellement le* R. M.

a) Au cours d'un R. M. en voie de décompensation, c'est le tableau classique de l'infarctus de Laënnec qu'on observe.

C'est parfois une petite infection, une grippe, ou encore l'administration intempestive de toni-cardiaques qui l'engendrent.

L'évolution est habituellement bénigne, la pleurésie fréquente.

Une réserve : c'est souvent la cause déclenchante des *troubles du rythme* et sa répétition précipite l'installation de la défaillance cardiaque.

b) Au cours d'un R. M. décompensé, la forme habituelle est celle d'un infarctus latent révélé par la *pleurésie réactionnelle* et le crachat hémoptoïque isolé : sa gravité vient de ce qu'elle précipite les accidents irréductibles. On ne saurait trop insister sur les nécessités de ponctionner l'épanchement avant d'administrer les toni-cardiaques.

c) *Au cours des accidents gravito-cardiaques*, les infarctus multiples avec hémoptysies répétées, sont souvent volumineux mais leur gravité tient en outre à leur répétition qui est le prélude, vers le 6e mois, d'accidents plus graves (asystolie brutale ou œdème suraigu).

B. *Les autres cardiopathies* susceptibles d'engendrer des infarctus sont de nature diverses :

Les endocardites. — Aiguës. Ce sont des embolies infectantes.

Subaiguës. Les infarctus à répétition font partie de leur symptomeatologie et ils sont un signe majeur de l'asystolie fébrile.

End. lentes d'Osler. Les infarctus pulmonaires sont une localisation fréquente du processus embolique de cette affection.

Les cardiopathies valvulaires lorsqu'elles vont déclencher la défaillance cardiaque donnent volontiers des infarctus — en particulier les valvulites *rhumatismales* et au cours du *Rhumatisme cardiaque évolutif* les infarctus en marquent souvent les poussées successives.

Toutes les *myocardites*, chroniques des vieillards ou aiguës infectieuses, peuvent, à un moment donné, donner lieu à des poussées d'infarctus. Parmi ces dernières, la *myocardite typhique* est particulièrement redoutable à ce point de vue.

L'infarctus du myocarde voit son évolution, bien que déjà très rapide, souvent émaillée de petites embolies pulmonaires qui se répètent et précipitent l'issue fatale.

Cette dyspnée est progressivement croissante et s'accompagne d'accélération cardiaque, *d'irrégularité* du pouls.

A l'examen : pâleur du malade.

Au niveau des poumons : habituellement rien. C'est seulement en cas de foyer très superficiel qu'on peut trouver une petite zone submate où s'entendent quelques râles fins.

Etat. C'est seulement 24 ou 48 heures après qu'on peut *affirmer* le diagnostic : douleur et dyspnée se sont atténués, mais apparaît *l'expectoration* : crachats hémoptoïques pathognomoniques peu abondants, bruns noirs, très adhérents, d'odeur aigrelette.

Ils persistent 8 à 10 jours et l'examen microscopique les montre constitués d'hématies et de grands macrophages chargés de pigments (cellules cardiaques).

Les signes physiques : restent toujours discrets si l'infarctus est petit, ou s'il reste profond, s'il est très superficiel et assez volumineux : zone de silence entourée d'une couronne de râles sous-crépitants fins. C'est seulement s'il est très gros qu'on peut entendre un *souffle tubaire*.

Les signes généraux restent peu importants : tout au plus un léger clocher thermique persistant quelques jours.

Son évolution. Se fait dans la règle vers la guérison en une dizaine de jours, plus rarement *il se complique*.

Infection légère du foyer (crachats purulents) ; abcédation ou gangrène, beaucoup plus rarement ; réaction périfocale : pneumonie ou broncho-pneumonie exceptionnelle. Essentiellement : *un épanchement pleural.* Sa caractéristique : son extrême *insidiosité*.

Savoir le rechercher systématiquement par un examen physique ; il est fréquemment enkysté vers la base du poumon et c'est souvent dans l'aisselle qu'il va falloir ponctionner (liquide citrin ou légèrement hémorragique, très fibrineux, Rivalta+).

II. *Les autres types d'infarctus pulmonaire. Le gros infarctus*, tel qu'on en observe parfois au cours des phlébites : nous ne voulons pas parler de ces embolies massives syncopales ou asphyxiques qui ne rentrent pas dans le cadre des infarctus, mais de ces grosses embolies à début brutal, où la douleur et la dyspnée sont intenses ; qu'extériorise rapidement une hémoptysie de sang rouge ; qui donnent à l'examen les signes habituels aux foyers d'hépatisation étendus; qui entraînent la mort en quelques jours dans un tableau *d'asystolie aiguë*.

Le petit infarctus. A l'opposé du précédent : signes des plus discrets : habituellement pas de point de côté, peu de dyspnée. Seuls quelques crachats hémoptoïques le révèlent.

(*A suivre*).

G. LE SUEUR.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 36. — SAMEDI 6 MAI 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.

Les psychoses puerpérales, par les docteurs Maurice Leconte et Suzanne Leconte-Lorsignol.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

La fumeterre officinale sédative, dépurative et antiscrofuleuse, par Jean Schunk de Goldfiem (fin).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — Société de médecine militaire.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.* — Le concours s'est terminé par la nomination de M. le Dr Voisin.

1er *Concours de nomination de médecin des hôpitaux.* Jury définitif : MM. Jacquet, Milhit, Debray, Léon-Kindberg, Clerc, Pruvost, Brouardel, Stévenin, Carrié, Weissenbach, Baumgartner.

Agrégation. — *Composition des jurys d'agrégation de médecine.*

(Tirages au sort des 17 et 21 avril 1939.)

A. — *Anatomie et organogenèse. — Histologie et embryologie.*

PARIS

MM. Champy, Rouvière, Ombredanne, Duval, Gosset, Grégoire, Chevassu, Mondor, Mathieu, Lenormant.

DÉPARTEMENTS

MM. Turchini (Montpellier), Romieu (Marseille), Lucien (Nancy), Collin (Nancy), Cordier (Lille), Bouin (Strasbourg), Corsy (Marseille), Debeyre (Lille), Delmas (Montpellier), Policard (Lyon), Dubreuil (Bordeaux), Villemin (Bordeaux), Argaud (Toulouse), Dieulafé (Toulouse), Valois (Toulouse), Latarjet (Lyon), Benoit (Alger).

B. — *Histoire naturelle médicale et parasitologie.*

PARIS

MM. Brumpt, Debré, Tanon.

DÉPARTEMENTS

MM. Creyx (Bordeaux), Lisbonne (Montpellier), Mandoul (Bordeaux), Aubertin (Bordeaux), Guiart (Lyon), Violle (Marseille), Pinoy (Alger), Lafforgue (Toulouse), de Lavergne (Nancy), Senevet (Alger), Arloing (Lyon), Parisot (Nancy), Carrieu (Montpellier), Rochaix (Lyon), Joyeux (Marseille), Oberling (Strasbourg), Leuret (Bordeaux).

C. — *Physiologie.*

PARIS

MM. Binet, Fiessinger, Strohl, Polonowski.

DÉPARTEMENTS

MM. Vangermez (Bordeaux), Giberton (Alger), Cristol (Montpellier), Ponthus (Lyon), Pech (Montpellier), Hermann (Lyon), Combemale (Lille), Robert (Nancy), Santenoise (Nancy), Roche (Marseille), Schoeffer (Strasbourg), Cotte (Marseille), Machebœuf (Bordeaux), Chevallier (Marseille), Réchou (Bordeaux), Fabre (Bordeaux), Soula (Toulouse), Florence (Lyon), Bugnard (Toulouse), Portes (Alger), Vlès (Strasbourg), Hédon (Montpellier).

D. — *Chimie médicale. — Physique médicale.*

PARIS

MM. Polonowski, Strohl, Binet, Tiffeneau.

DÉPARTEMENTS

MM. Rechou (Bordeaux), Fabre (Lille), Giberton (Alger), Nicloux (Strasbourg), Roche (Marseille), Es-

cande (Toulouse), Vallée (Lille), Machebœuf (Bordeaux), Portes (Alger), Robert (Nancy), Ponthus (Lyon), Chevallier (Marseille), Pech (Montpellier), Vlès (Strasbourg), Florence (Lyon), Vangermez (Bordeaux), Brustier (Toulouse), Cristol (Montpellier), Bugnard (Toulouse).

F. — *Médecine générale.*

PARIS

MM. Troisier, Laubry, Leroux, Balthazard, Fiessinger, Lemierre, Clerc, Villaret, Claude, Loeper, Chiray, Nobécourt, Abrami, Harvier, Baudouin, Tanon.

DÉPARTEMENTS

MM. Dupérié (Bordeaux), de Lavergne (Nancy), Mouriquand (Lyon), Margarot (Montpellier), Savy (Lyon), Carrière (Lille), Cade (Lyon), Roques (Toulouse), Roger (Marseille), Carles (Bordeaux), Rohmer (Strasbourg), Doumer (Lille), Mattei (Marseille), Rimbaud (Montpellier), Nanta (Toulouse), Montpellier (Alger), Perrin (Nancy), Cordier (Lille), Richon (Nancy), Caussade (Nancy), Bertin (Lille), Cornil (Marseille), Aubertin (Bordeaux), Abadie (Bordeaux), Minet (Lille), Monges (Marseille), Vidal (Montpellier), Schwartz (Strasbourg), Raviart (Lille), Courmont (Lyon), Dalous (Toulouse), Barré (Strasbourg), Aubry (Alger), Pinoy (Alger), Lebon (Alger), Mauriac (Bordeaux), Pages (Montpellier), Giraud (Montpellier), Creyx (Bordeaux), Porot (Alger), Euzière (Montpellier), Gillot (Alger), Arloing (Lyon), Mercklen (Strasbourg), Leclerc (Lille), Ambard (Strasbourg), Parisot (Nancy).

G. — *Chirurgie générale.*

PARIS

MM. Mocquot, Mondor, Lenormant, Ombredanne, Mathieu, Cunéo, Duval, Grégoire.

DÉPARTEMENTS

MM. Gibert (Lyon), Bonnet (Lyon), Bérard (Lyon), Cotte (Lyon), Barthélémy (Nancy), Caubet (Toulouse), Hamant (Nancy), Papin (Bordeaux), Desforges-Mériel (Toulouse), Dubois (Lille), Patel (Lyon), Vanverts (Lille), Bourde (Marseille), Swynghedauw (Lille), Miginiac (Toulouse), Leriche (Strasbourg), Rocher (Bordeaux), Tavernier (Lyon), Lambret (Lille), Lombard (Alger), Massabuau (Montpellier), Costantini (Alger), Riche (Montpellier), Etienne (Montpellier), Lapeyre (Montpellier), Delannoy (Lille), Aubaret (Marseille), Guyot (Bordeaux).

H. — *Ophtalmologie.*

PARIS

MM. Strohl, Terrien.

DÉPARTEMENTS

MM. Riche (Montpellier), Dejean (Montpellier), Fiolle (Marseille), Jeandelize (Nancy), Toulant (Alger), Aubaret (Marseille), Gorse (Toulouse), Teulières (Bordeaux), Patel (Lyon), Redslob (Strasbourg), Bonnet (Lyon).

I. — *Oto-rhino-laryngologie.*

PARIS

MM. Lemaître, Cunéo, Lenormant, Villaret, Ombredanne, Mathieu, Gosset, Carnot, Loeper, Rathery, Clerc, Duval, Grégoire.

DÉPARTEMENTS

MM. Canuyt (Strasbourg), Perrin (Nancy), Rebatut (Lyon), Portmann (Bordeaux), Bérard (Lyon), Riche (Montpellier), Brémond (Marseille), Olmer (Marseille), Dambrin (Toulouse), Rimbaud (Montpellier), Terracol (Montpellier), Froment (Lyon).

J. — *Obstétrique.*

PARIS

MM. Mocquot, Jeannin, Couvelaire, Lévy-Solal.

DÉPARTEMENTS

MM. Caussade (Nancy), Cotte (Lyon), Rebb (Strasbourg), Andérodias (Bordeaux), Paucot (Lille), Vaysières (Marseille), Hamant (Nancy), Paquet (Lille), Voron (Lyon), Desforges-Mériel (Toulouse), Cabanès (Alger), Boudet (Montpellier), Delmas (Montpellier), Laffont (Alger), Giraud (Marseille).

Voir la suite des Informations, page 634.

Vient de paraître :

Cinq enquêtes cliniques et thérapeutiques 1939
(deuxième numéro de la publication).

Le sommaire de cette brochure de 68 pages — qui sera expédiée sur simple demande aux Editions Pierre PHILIPPE, 13, rue Murillo, Paris (8e) — comprend notamment des articles des Docteurs T. de MARTEL, J. RAMADIER, L. DEVRAIGNE et Eliz. JACOB.

Quelques exemplaires de l'édition 1938, parue sous le même titre, et qui comprenait des articles des Docteurs Ch. AUBERTIN, Cl. SIMON, P. SAINTON, P. AMEUILLE, et J. LHERMITTE, sont encore disponibles et seront également adressés gracieusement à tous les médecins qui en feront la demande à l'adresse ci-dessus.

1324

Administration générale de l'assistance publique à Paris
Sous-Direction des Hôpitaux et Hospices
Service de l'Exploitation

Le jeudi 25 mai 1939, à 15 heures, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'Administration Générale de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication d'une fourniture d'articles de pansements nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant six mois à partir du 1er juillet 1939.

Cette fourniture comprend des articles de coton cardé et coton hydrophile, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt, cellulose hydrophile et des tampons hygiéniques en cellulose.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours, samedis après-midi, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons-types sont déposés au Magasin Central des Hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes d'admission jusqu'au mercredi 10 mai 1939.

1320

REVUE GENERALE

LES PSYCHOSES PUERPÉRALES

PAR LES DOCTEURS

MAURICE LECONTE et SUZANNE LECONTE-LORSIGNOL

Chefs de clinique des maladies mentales et de l'encéphale
à la Faculté de médecine de Paris,
Médecins des hôpitaux psychiatriques.

On groupe sous ce nom un certain nombre d'états psychopathiques survenant au cours de la grossesse et des semaines qui suivent; c'est-à-dire qu'on englobe ainsi tous les troubles mentaux pouvant se rattacher étiologiquement à l'état puerpéral et survenant au cours de la gestation, de l'accouchement, des suites de couches et de la lactation.

Certains cependant réservent le *terme de psychoses puerpérales* aux *psychoses du post-partum* proprement dit et excluent de leur étude les psychoses gravidiques ou psychoses de la gestation et les psychoses de la lactation.

GENERALITES. — Ainsi que le rappelle Régis les psychoses puerpérales ont longtemps été considérées comme des *troubles mentaux ordinaires*, survenant sur un *fonds de prédisposition* qu'il était classique, selon les époques et les doctrines, d'attribuer à l'hérédité, ou à la dégénérescence, notion qui, après les travaux originaux de Morel, fit florès à l'époque de Magnan et de ses élèves.

Les phases diverses de la puerpéralité ne constituaient qu'une influence occasionnelle ne se détachant pas outre mesure des innombrables causes occasionnelles des psychoses sur lesquelles il était habituel de ne pas insister.

Cependant, *les progrès de la biologie et du laboratoire, à la suite de Bar et Lallier*, ne tardèrent pas à faire admettre *le rôle important de l'intoxication et des infections* reconnu universellement par les accoucheurs. Et c'est ainsi que la *nature toxique ou infectieuse des psychoses de la puerpéralité* s'étendit aux psychopathies de la lactation et de la grossesse, moments physiologiques où l'organisme de la femme est d'avantage sujet à l'auto-intoxication, et particulièrement exposé.

Cependant, de nombreux auteurs se refusent à accorder aux psychoses puerpérales une individualité propre tirant argument du fait que ni l'étiologie, ni la clinique, ni le pronostic, ni le mode de traitement ne permettent de leur reconnaître une individualité véritable. Et c'est pourquoi Lévy-Valensi estime qu'il n'y a pas de psychose puerpérale.

ETIOLOGIE. — La fréquence des psychoses puerpérales est des plus discutée et l'opinion qu'on en peut avoir varie selon les auteurs et leur spécialisation.

Comparativement au nombre des naissances, Régis qui cite les chiffres de 1 pour 100 comme étant ceux des maternités, et de 1 sur 400, 700 ou 1.000 ceux des psychiatres, les trouve un peu bas.

Comparativement au nombre des femmes internées, le pourcentage des psychoses puerpérales parmi les femmes internées était de 10 pour 1.000 pour de très anciens aliénistes, tels Marcé. Actuellement, un taux bien moindre est admis. Dans l'ensemble, il apparaît même comme assez faible ainsi que le signale Sivadon. Il atteint pour cet auteur, *dont le travail remonte à* 1934, 2,80 pour 100. En quatre ans, en effet, de 1930 à 1934, il n'a rencontré dans le service d'observation d'Henri-Rousselle que 175 femmes sur 6.221 entrées, atteintes de psychoses puerpérales.

Les différentes psychoses ne surviennent pas avec une fréquence égale au cours des diverses époques de la puerpéralité.

La statistique de Régis admet 13 pour 100 de psychoses gravidiques, 55 *pour* 100 *de psychoses du post-partum*, et 23 pour 100 de psychoses de la lactation.

Dans la statistique de *Sivadon* qui ne tient pas compte des cas dans lesquels une psychose parfois ancienne a été aggravée au cours de l'état puerpéral, le taux des *psychoses du post-partum* est encore plus considérable. Il est, en effet, de 80 *pour* 100, alors que celui des psychoses gravidiques et de la lactation est particulièrement amenuisé, puisqu'il est réduit à 5,40 pour les premières et 6,25 pour 100 pour les secondes.

AGE. — Facteur de peu d'importance, l'âge moyen s'étend entre 25 *à* 30 *ans*.

HEREDITE. — Le *facteur hérédité* est toujours contesté et variable.

Aschaffenburg l'évalue à 80 pour 100; Robert Jones à 50 pour 100, Menzies à 25 pour 100. Ce facteur *n'apparaît guère comme constant* aux auteurs modernes pour qui la toxi-infection domine.

Régis a cependant quelquefois rencontré des *cas d'hérédité similaire*, mais c'est là un fait rare. Ce qui domine le plus dans l'hérédité, ce sont : *l'alcoolisme des parents, le suicide, l'épilepsie, la tuberculose.* Il convient de noter que le milieu est un facteur particulièrement important et capable de suppléer largement à l'hérédité.

CAUSES PREDISPOSANTES. — Il est probable que la toxi-infection n'est pas un facteur isolé et qu'un certain nombre *d'autres facteurs prédisposent* à l'apparition d'une des diverses psychopathies puerpérales.

Parmi elles, il faut citer les *excès*, la *fatigue*, l'*anémie*, le *surmenage*, les *émotions* subites et violentes, afflictives, les *chagrins* de toutes sortes, les diverses maladies intercurrentes, telles que : grippe, goître, néphrite, hépatite, les difficultés professionnelles, certaines situations pénibles et susceptibles d'affecter particulièrement les malades.

On compte une proportion de 9 pour 100 (Aschaffenburg) à 18 *pour* 100 de *filles-mères* (Menzies) sur l'ensemble des femmes atteintes de psychose puerpérale. On compte même de 25 *pour* 100 *de primipares* (Régis) parmi les aliénées de la puerpéralité. *Lévy-Valensi* a mis au premier rang des incidents étiologiques les *chocs émotifs* que peuvent provoquer les grossesses redoutées par la mondaine ou la coquette, les grossesses illégitimes, la crainte de la réprobation familiale, celle du déshonneur, de la perte de la situation,

de l'impossibilité de subvenir à la nouvelle charge qui va survenir.

En ce qui concerne l'existence d'*accès antérieurs*, Menzies les a rencontrés chez 27 pour 100 de malades atteintes de psychose de suites de couches et de 28,2 pour 100 de femmes atteintes de psychose.

CAUSES TOXIQUES. — Dupouy a particulièrement bien mis en évidence le *rôle de l'auto-intoxication gravidique*. Mais bien des *déséquilibres fonctionnels* se surajoutent : *insuffisance hépatique, hépato-rénale, anémie, albuminurie, dysendocrinie, troubles thyroïdiens, hypophysaires, surrénaux.*

Pour Guiraud et Nodet, seules même sont considérées comme psychoses puerpérales, les *psychoses non infectieuses*, car « les psychoses puerpérales authentiques sont celles qui résultent directement d'une *forme pathologique des transformations que subit l'organisme féminin depuis la fécondation jusqu'au sevrage.*

Il s'agit, selon l'expression d'*Anton*, d'une sorte de « *puberté aiguë* avec modifications endocriniennes très importantes spécialement du côté de l'hypophyse avec influence sur le métabolisme et sur l'équilibre neurovégétatif et avec *utilisation massive de vitamines E* ». Certains auteurs ont même voulu voir des rapports étroits entre les psychoses et les troubles de l'état puerpéral tels que : *vomissements incoercibles* (maladie émétisante de Metzger), éclampsisme, éclampsie.

CAUSES INFECTIEUSES. — Elles sont le plus souvent à l'origine des psychoses puerpérales proprement dites. Sivadon a particulièrement signalé combien l'hypothèse d'une infection générale pouvait être légitimement soulevée devant le tableau grave que revêtent certaines formes qu'il a appelées, suivant en cela les travaux de Marchand et Courtois, l'*encéphalite psychosique aiguë puerpérale.*

Ce facteur infectieux paraît, en effet, jouer un *rôle de tout premier plan dans les formes graves à type de délire aigu.* Certains ont même pensé que l'agent infectieux habituel pouvait être le *streptoccoque* en raison de la fréquence de l'infection streptococcique au cours des maladies compliquées d'encéphalite aiguë et on cite quelques cas où l'hémoculture fut trouvée positive. Néanmoins, cette hypothèse semble exagérée à MM. Marchand, Courtois et Sivadon devant les faits d'encéphalite aiguë survenant brusquement au cours d'une grossesse normale ou d'un accouchement apyrétique ou en apparence exempt de toutes infection.

Quant aux *troubles mentaux consécutifs aux infections de l'accouchement*, que nous étudions dans les psychoses puerpérales, pour MM. Guiraud et Nodet, rappelons-le, ce ne sont pas de véritables psychoses puerpérales, mais des *psychoses infectieuses* banales *streptococciques* ou *colibacillaires.*

Nous étudieront successivement :

Les psychoses gravidiques;
Les psychoses puerpérales proprement dites;
Les psychoses de la lactation.

I. PSYCHOSES GRAVIDIQUES. — La gravidité, état physiologique de la femme n'est pas cependant sans la fragiliser et l'exposer à des affections dont les troubles mentaux ne sont pas exclus. Souvent d'ailleurs il existe *un état mental un peu particulier* et la femme enceinte peut présenter de légers accidents psychopathiques.

I. — *Anomalies psychopathiques de la gestation.*

Tous les manuels des accoucheurs, tous les précis d'obstétrique, la tradition populaire insistent sur certaines d'entre elles qui sont bien connues.

a) *Etats psychasthéniques.*

Quelques troubles, en effet, se rattachent à cet état, de limites imprécises, que P. Janet rapporte à une baisse de la tension psychologique. Rarement d'ailleurs cet état est révélé par la grossesse, et le plus souvent ce sont des accidents psychasthéniques survenant sur un fonds de *prédisposition constitutionnelle*. C'est ce qui fait que nombre de femmes enceintes y échappent.

Citons les envies des femmes enceintes, les *phobies*, les *impulsions*, les *modifications* du goût.

Dans les « Mémoires de deux jeunes mariées » de Balzac, on trouve dans les phrases suivantes une description typique de ces sortes d'envies avec perversion du goût :

« Je m'observe. Malgré les efforts de Louis, dont l'amour me comble de soins, de douceurs, de tendresses, j'ai de vagues inquiétudes auxquelles se mêlent les dégoûts, les troubles, les singuliers appétits de la grossesse. Si je dois te dire les choses comme elles sont, au risque de te causer quelque déplaisance pour le métier, je t'avoue que je ne conçois pas la fantaisie que j'ai prise pour certaines oranges, goût bizarre, et que je trouve naturel. Mon mari va me chercher à Marseille les plus belles oranges du monde; il en a demandé de Malte, de Portugal, de Corse; mais ces oranges, je les laisse. Je cours à Marseille, quelquefois à pied, y dévorer de méchantes oranges à un liard, quasi pourries, dans une petite rue qui descend au port, à deux pas de l'Hôtel de Ville ; et leurs moisissures bleuâtres ou verdâtres brillent à mes yeux comme des diamants : j'y vois des fleurs, je n'ai nul souvenir de leur odeur cadavéreuse et leur trouve une saveur irritante, une chaleur vineuse, un goût délicieux. Eh bien, mon ange, voilà les premières sensations amoureuses de ma vie. Ces affreuses oranges sont mes amours. Tu ne désires pas Felipe autant que je souhaite un de ces fruits en décomposition. Enfin, je sors quelquefois furtivement, je galope à Marseille d'un pied agile, et il me prend des tressaillements voluptueux quand j'approche de la rue ; j'ai peur que la marchande n'ait plus d'oranges pourries, je me jette dessus, je les mange, je les dévore en plein air. Il me semble que ces fruits viennent du Paradis et contiennent la plus suave pourriture. J'ai vu Louis se détournant pour ne pas sentir leur puanteur. Je me suis souvenue de cette atroce phrase d'Obermann, sombre élégie que je me repens d'avoir lue : « Les racines s'abreuvent dans une eau fétide ». Depuis que je mange de ces fruits, je n'ai plus de maux de cœur et ma santé s'est rétablie. Ces dépravations ont un sens, puisqu'elles sont un effet naturel et que la moitié des femmes éprouvent ces envies, monstrueuses quelquefois. »

Legrand du Saulle a insisté sur certains actes impulsifs criminels au cours de l'état puerpéral. Il a rapporté à ce sujet l'observation d'une malade qui tenta d'empoisonner son mari. L'impulsion au vol est également connue. Le plus souvent il s'agit de *vols alimentaires* ou *d'objets variés* sous l'influence de ces *caprices irrésistibles* dites envies. Mais en ce qui concerne l'existence d'une *véritable kleptomanie gravidique* les plus grandes réserves et la plus grande prudence sont à apporter dans l'appréciation médico-légale. La suspicion règne, en effet, sur cette conduite pathologique depuis les travaux de Laignel-Lavastine et d'Antheaume et beaucoup d'autres, d'accord en cela avec Brouardel, estiment que la gestation ne peut provoquer une véritable kleptomanie.



b) *Troubles de l'humeur et du caractère,*

L'irritabilité, l'agressivité, le nervosisme, l'instabilité, le passage rapide au pleurer ou au rire, s'observent fréquemment chez certaines femmes enceintes. On a signalé l'existence de tristesse, de phases de jalousie ou d'indifférence conjugale, parfois de haine vis-à-vis du conjoint.

c) *Troubles de l'activité.*

Souvent et pendant toute la durée de la gestation la femme conserve son *activité normale*, mais quelquefois, jointe à un *besoin de dormir incoercible*, à de la *torpeur*, on peut voir survenir une apathie, une inactivité qui ne cessera qu'avec la fin de l'état gravidique. La diminution intellectuelle serait constante pour certains auteurs qui tirent argument des résultats expérimentaux pratiqués sur des souris gravides.

d) *Troubles sexuels.*

Certaines femmes voient s'accroître leur appétit sexuel, mais il est des cas où apparaît une *frigidité* qui peut être temporaire, mais est parfois définitive. On peut rencontrer des cas de *perversions sexuelles* qui demeurent rares et sans conséquences en général. On a pu observer des cas de frigidité guéris par la grossesse (Maranon).

II. PSYCHOSES GRAVIDIQUES PROPREMENT DITES. — Elles comprennent : I) La *confusion mentale* sous différentes formes; II) Des *états neuro-psychiques;* III) D'autres *états psychopathiques fréquents.*

1°) *Confusion mentale.*

« *La confusion mentale est le syndrome psychique essentiel de la puerpéralité.* » Cette affirmation de Dupouy est des plus exacte. Elle peut s'observer à toutes les périodes de la grossesse, mais survient en *général du 3e au 4e mois.*

Le *début* en est *tantôt brutal, tantôt progressif*, ce dernier mode étant le plus fréquent. Un certain état *d'obtusion simple*, survient accompagné d'asthénie, de cauchemars nocturnes, de troubles du caractère, d'inquiétude, d'apathie. Souvent le tableau revêt un caractère vague et complexe qui rappelle ce que *Clérambault* appelait la *psychose polymorphe*. La conscience se voile peu à peu. Les paroles deviennent étranges, inquiètent la famille. Elles sont souvent sans liaison, dubitatives, contradictoires, réitérées, fréquemment interrogatives. Puis, *à la période d'état* les deux tableaux opposés de la confusion mentale peuvent s'observer :

a) Soit la *forme de confusion mentale stuporeuse* avec hébétude, facies atone, absence de mimique, regard inexpressif et égaré, immobilité, asthénie. Le tableau est parfois des plus voisins de la catatonie. On peut même observer un syndrome catatonique.

b) Soit *la forme agitée avec onirisme*. C'est alors le grand tableau de la confusion onirique où le syndrome confusionnel et le syndrome onirique sont réunis. La malade est désorientée, égarée; son attention, sa mémoire sont troublées, son onirisme visuel, nocturne, entretient son agitation et du point de vue physique le syndrome somatique de la confusion mentale est également présent. Aux hallucinations se joignent des idées délirantes sur un fonds d'anxiété rarement absent. Régis insiste sur la fréquence des idées obscènes, érotiques, et mystiques qui accompagnent volontiers les psychoses puerpérales.

Outre ces deux formes de confusion stuporeuse et de confusion hallucinatoire aiguë, on peut encore observer des formes *d'obtusion simple* assez forte pour nécessiter les soins en maison de santé, et des formes *où domine l'onirisme*. L'évolution en est le plus souvent bénigne. Cependant pour cette forme comme pour les confusions du post-partum et de la lactation on peut voir survenir le passage à *la chronicité*, la persistance d'idées fixes post-oniriques, et plus grave encore quoad vitam, l'apparition d'un délire de collapsus ou d'un délire aigu.

II. *Etats neuro-psychiques.*

Ils résultent de l'association de troubles psychiques à des manifestations d'ordre neurologique : éclampsie, chorée, névrite.

1° *Psychose post-éclamptique.*

Les *troubles du métabolisme de l'albumine, des chlorures et de l'eau* (particulièrement à redouter par l'éclampsie qu'ils peuvent entraîner chez une femme qui a de l'œdème ou de l'albuminurie), peuvent entraîner des troubles mentaux graves.

L'éclampsie, qui schématiquement évolue en 3 périodes, *d'invasion* (qu'on doit prévoir en recherchant *l'albuminurie*, la *céphalée*, les *petits troubles oculaires*, en mesurant la tension artérielle), de convulsions *toniques*, puis de *convulsions cloniques* peut être suivie de *psychoses post-éclamptiques* que Lallier a étudiées particulièrement. Le début peut être précoce et la folie succède au coma sans reprise de la lucidité, ou plus souvent se fait un jour ou deux après les symptômes éclamptiques.

La sympomatologie de *l'état psychopathique post-éclamptique* est faite d'un état *d'agitation intense*, d'un *syndrome mental de brève durée* où domine un syndrome confusionnel avec automatisme psychomoteur et *d'amnésie totale*. Le syndrome mental peut être à *prédominance maniaque* ou plus *rarement mélancolique*. Le plus souvent, c'est la confusion qui l'emporte.

L'amnésie, de règle comme dans toute psychose toxique, est particulièrement profonde dans la psychose puerpérale. Il s'agit d'une amnésie lacunaire, profonde, parfois complète, de type rétrograde ou antéro-rétrograde. Bien que portant par conséquent essentiellement sur la phase aiguë de l'accès, elle peut s'étendre à toute la maladie. Régis rapporte les cas de malades de Bidon, de Sander qui avaient perdu le souvenir de leur accouchement et même de leur grossesse et de leur mariage. *L'amnésie*, écrit-il, *ne se rencontre aussi marquée dans aucune autre psychose infectieuse ordinaire que dans la psychose éclamptique, la psychose polynévritique et la psychose d'involution.*

2° *Chorée gravidique et confusion.*

La chorée apparaît rarement comme primitive au cours de la grossesse. Souvent a existé dans l'enfance

un accès antérieur. Quelquefois la réapparition de ce syndrome choréïque au cours de la grossesse peut déclencher un accès de confusion à forme agitée.

3° *Syndrome de Korsakoff.*

Il réalise *les psycho-polynévrites qu'a bien étudiées Mlle Rappoport dans sa thèse.* Cet auteur conclue même, d'accord avec Hoesselin, que le syndrome de Korsakoff *est plus fréquent au cours de la polynévrite gravidique et puerpérale qu'au cours de la polynévrite alcoolique.*

Quoique pouvant apparaître comme post-puerpérale ou gravido-puerpérale, *la psycho-polynévrite gravidique est la plus fréquente.* Elle paraît avoir une prédilection marquée pour les *primipares* et *les sujets par conséquent jeunes, de 20 à 30 ans environ.*

Nous n'insisterons pas sur les caractéristiques bien connues de ce syndrome, que constituent un syndrome neurologique : la polynévrite, et un syndrome psychique où l'amnésie antérograde (ou de fixation), la fabulation et les fausses reconnaissances sont au tout premier plan :

Il apparaît tantôt au début, tantôt à la fin de la grossesse.

Le *début* est en *général précédé de troubles divers* qu'il est classique de *rapporter à un état de toxémie gravidique.* Ce sont les prodromes toxémiques.

Parmi ces troubles, il faut citer surtout les vomissements qui peuvent être de type incoercible. Mlle Rappoport, Dupouy et Courtois ont songé que peut-être, si l'on admet la relation des vomissements incoercibles et de la psycho-polynévrite, *ces vomissements habituels* ou incoercibles *pourraient être considérés comme étant déjà l'indice d'une névrite gravidique du phrénique, tout comme la tachycardie serait l'expression clinique d'une névrite du pneumo-gastrique.*

Il est un fait remarquable sur lequel insistent les auteurs, c'est la disparition, avant l'apparition du syndrome de Korsakoff, des vomissements qui le précèdent. Ainsi pourrait-on parler *d'une paralysie phrénique, secondaire à l'irritation névritique.*

Quoi qu'il en soit, l'apparition d'un tel syndrome est assez sérieuse. L'évolution se fait lentement en général; parfois plus rapidement. Quand la guérison survient, c'est en général longtemps après l'accouchement. Dupouy et Courtois considèrent le *pronostic mental comme assez favorable.*

Quant au pronostic quoad vitam, ils admettent avec Mlle Rappoport 20 % *de décès* et la possibilité de séquelles neurologiques. En ce qui concerne *l'enfant, la mort* est à peu près fatale; aussi ces auteurs considèrent-ils que le fœtus peut être sacrifié et qu'il n'y a pas d'hésitation à avoir. L'interruption thérapeutique de la grossesse, source de l'auto-intoxication, est la mesure qui s'impose.

(*A suivre*).

Le livre du diabétique (Hygiène, régime, traitement) par M. Louis CAILLON, médecin de l'hôpital thermal de Vichy. Un volume de 184 pages. Prix : 15 fr. Collection « Le livre du malade ». Maloine, éd., Paris.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LA FUMETERRE OFFICINALE SÉDATIVE, DÉPURATIVE ET ANTISCROFULEUSE

par Jean SCHUNK DE GOLDFIEM,
professeur à l'Institut de Criminoligie pratique de Paris (1).

Sous l'effet de la fumeterre, le sang s'agglutine moins. En quelques jours, les ions apportés par la plante dans le sang sont conduits dans le foie, la rate, la moelle osseuse (particulièrement le magnésium).

Le taux en hémoglobine est nettement augmenté le dixième jour du traitement. Les mouvements amiboïdes des leucocytes sont augmentés. Entre le moment où les ions métalliques passent dans le plasma et celui où ils se dirigent vers d'autres organes, ils sont combinés aux nucléines leucocytaires.

Action de la fumeterre sur la paroi vasculaire. — La fumeterre augmente les sécrétions endothéliales, les réactions sensitives et musculaires et la contractilité de la paroi vasculaire.

Rétention dans l'organisme. — Les hautes doses de fumeterre et les cures très prolongées entraînent une rétention dans le plasma, dans le foie, dans le rein. Aux doses thérapeutiques normales, on n'observe aucun inconvénient.

Sécrétions internes et fumeterre. — La cure de fumeterre entraîne un accroissement de certaines sécrétions internes : *surrénales* et *glandes génitales.*

Action de la fumeterre sur les sécrétions externes. — L'augmentation est surtout sensible pour le *suc gastrique*

Elimination de la fumeterre. — L'élimination se fait, en partie, par l'intestin, mais surtout par la *sueur* et l'*urine*, à la suite de transformations que nous avons déjà indiquées.

Effet cumulatif et tolérance. — Les hautes doses, plus de 2 grammes par kilogramme *pro die* provoquent une accumulation et une irritation au foie et au rein. Mais, à doses thérapeutiques normales, la tolérance est parfaite chez les mammifères et l'homme.

Au bout de trois semaines, on observe une idiosyncrasie acquise chez le cobaye avec effets surajoutés, troubles cachectiques, irritation cutanée, chute des poils.

Influence de l'état individuel. — Plus un être est jeune, plus il réagit. Par ailleurs, plus un sujet est riche de sang, mieux il profite de la cure fumarique.

Par ordre décroissant, la fumeterre convient : d'abord aux sanguins et aux lymphatiques, puis aux bilieux ; enfin, aux nerveux.

La menstruation augmente considérablement l'action du médicament.

Influence du milieu extérieur. — La fumeterre influence l'organisme, surtout aux inter-saisons : début du printemps, automne, puis été dans les régions tempérées. Dans les pays tropicaux, les saisons des pluies sont les plus favorables.

Influence du mode d'administration. — Il faut utiliser la plante fraîche. Le suc est irritant, alors que la teinture est très bien supportée.

Chez l'être humain adulte, le seuil d'action est très faible, la zone maniable va de 1 gr. à 200 gr. *pro die.*

La fumeterre agit selon la seconde courbe de Storm, van Leuwen et Le Heux.

Synergies et Associations médicamenteuses. — Sont synergiques, d'une façon générale, les diaphorétiques, les

(1) Fin. Voir *Gaz. Hôp.*, n° 33, 26 avril 1939, p. 559.

diurétiques, en particulier l'*Orthosiphon Stamineus* (voir notre article original, *La Presse Médicale*, 29 juin 1938), les toniques, en particulier la chlorophylle.

Citons encore, pour agir particulièrement sur les syndromes hépato-sanguins, l'épine-vinette, le chardon-marie, la chélidoine, l'*Hydrastis*, la menthe, la mercuriale, le pissenlit.

Dans les syndromes circulatoires et hormonaux des femmes, la meilleure association est celle avec arnica, *Capsicum*, écorce de curaçao, gentiane, hamamélis, *Hydrastis*, spirée, seneçon, vigne-rouge, *Viburnum prunifolium*, celle préconisée par Barrier.

Antidotisme et antagonisme. — Acide borique, gallique, picrique, borate de soude, chlorures de mercure et d'or, hydroxydes, ichtyol, iode et iodures, iodobismuthate et iodomercurate de potassium, perborate de soude, orthophosphates, phosphates de K et de Na, pipérazide, protargol, sozoïdol, sulfamides, vanadate de soude, agents d'oxydation.

Usage médical. — Depuis les temps les plus anciens, la fumeterre fut utilisée comme dépuratif, antiscrofuleux, antilépreux même.

Il est certain que son usage peut être de quelque utilité dans le traitement adjuvant de la phytothérapie de la lèpre que nous avons exposée en collaboration avec Mme Alice S. de Goldfiem, dans une communication à la *Société de Médecine et Hygiène Tropicales*, juillet 1938.

Nous devons voir dans la fumeterre, non seulement un « dépuratif », terme assez vague, mais un puissant altérant du sang comme nous le disons dans *La Clinique* (octobre 1938), et un sédatif des syndromes vasculaires, particulièrement chez la femme, soit la jeune fille au moment de la puberté, soit durant les menstruations et à la ménopause.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 8 MARS 1939

Dispositif permettant d'effectuer l'ostéosynthèse dans les continue squelettique. — M. Lance présente ce dispo- **fractures-luxations des vertèbres cervicales sous traction** sitif dont l'élément essentiel est un étrier à serrage réglé qui prend point d'appui sur le crâne au moyen de deux pointes coniques insérées dans l'os. Cette traction est admirablement tolérée et permet de retourner le malade placé sur un cadre de Berck, afin de préparer la région de la nuque et d'y effectuer l'ostéosynthèse.

Perforation en péritoine libre d'un cancer prépylorique sténosant. Gastrectomie. Guérison opératoire. — Rapport de M. J. Charrier sur cette observation adressée par M. Laumonier.

Résultats du traitement chirurgical des luxations récidivantes de l'épaule. — M. Bergeret fait un rapport sur ce travail de MM. Pervès et Badelou basé sur l'étude de 23 malades opérés et revus à longue échéance ; d'après le traitement subi, on peut les diviser en trois groupes :

— malades opérés par le procédé Dudaret type (avec racourcissement du sous-scapulaire) : 10 opérés, 1 récidive au bout de 5 ans ;

— malades opérés par le seul allongement de la caracoïde : 8 opérés, 1 récidive au bout de 7 mois ;

— malades opérés par le procédé Wilmoth-Tavernier : 5 opérés avec 1 récidive au bout d'un an.

Les auteurs ont recherché les autres cas de récidives publiés dans la littérature ; ils n'en ont trouvé que quatre concernant tous des sujets opérés par la technique Wilmoth-Tavernier, ce qui les incitent à se méfier de la valeur de cette technique. M. Bergeret ajoute à ces observations la statistique de J.-C. Bloch (9 cas opérés, 6 revus, 2 récidives) ; 3 observations de Gouverneur : revus, sans récidive et 5 cas personnels restés sans récidive.

En conclusion, il semble que le procédé initial d'Oudaret reste la meilleure technique, l'action conjuguée du raccourcissement du sous-scapulaire et l'allongement de la caracoïde rendant la luxation difficile.

M. Banzet a utilisé avec succès l'allongement de la caracoïde dans 4 cas.

M. Gatellier n'a eu aucune récidive dans les 7 cas qu'il a opérés (procédé Wilmoth-Tavernier).

M. J.-C. Bloch estime qu'il n'y a pas grande différence entre les résultats de l'ostéoplastie et ceux de la greffe libre ; la myo-capsuloraphie constitue en revanche une garantie supplémentaire.

Amputation inter-iléo abdominale pour ostéo-sarcome du fémur. — M. Mathieu, rapporte cette intéressante observation due à M. P. Padovani ; la technique opératoire utilisée est celle de Leriche modifiée sur deux points : la section du fubis a été faite au ras du trou obturateur pour conserver l'insertion inférieure du muscle grand droit ; l'artère hypogastrique n'a pas été liée, mais seulement chacune de ses branches au fur et à mesure de leur section.

Deux cas de maladie de Little traités par radicotomie postérieure. — M. J. Yovtchitch (de Belgrade) rapporte deux observations inédites ; l'intervention très bien supportée, a amené dans les deux cas une amélioration considérable en faisant disparaître la spasmodicité.

Opération de Coffey dans l'exétrophie vésicale. — Une observation de 1er temps. M. Yovtchitch.

Les anastomoses bilio-digestives. — M. Bergeret rapporte cinq observations personnelles dans lesquelles il a été amené à effectuer des implantations cholédoco-duodénales. Il complète toujours par une gastro entérostomie postérieure verticale de manière à mettre la festule biliodigestive à l'abri du bol alimentaire. Dans ces conditions, tout reflux est improbable et l'infection a peu de chance de se produire.

A propos des sutures primitives. — M. Gaudier rappelle ses travaux sur le « parage et la suture primitive » ; il estime que la méthode conserve ses indications dans la chirurgie civile, à condition, toutefois, que le parage soit effectué avec minutie et que le délai écoulé entre la blessure et l'intervention ne soit pas trop considérable (dix à douze heures, maximum).

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1939.

Broncho-spasme et broncho-dilatation. — MM. BINET et BURNSTEIN étudient la carbamyl-choline dans pasthme expérimental. Les graphiques qu'ils présentent montre l'effet broncho-dilatateur de l'atropine, de l'adrénaline, de l'éphédrine, de la caféine et de la vitamine C.

Rhumatisme chronique déformant xanthomateux. — M. LAYANI. L'affection se caractérise *cliniquement* par : début brusque, douloureux, mono-articulaire déformant,

évolution lente où dominent les signes d'ostéo-arthrite dégénérative; — *radiologiquement* par : lésions à l'emporte-pièce des extrémités articulaires, lesquelles laissent en dehors des zones atteintes une densité et une texture normales. Il faut rechercher les signes d'imprégnation lipide généralisée, en particulier, la xanthomatose cutanée, viscérale et artérielle.

La maladie xantomateuse. — MM. LAYANI, LAUDAT et ASTRUC. Cliniquement, en dehors du syndrome ostéo-articulaire, apparaissent des syndromes cutané, vasculaire, hépato-biliaire, humoral, avec 50 gr. de lipides et 13 gr. 50 de cholestérol. Les auteurs pensent que la cellule spumeuse, base anatomique de l'affection, résulte d'un phénomène dynamique lié à l'activité de la cellule réticulée, rappelant la cellule humorale et liée à la sensibilisation et à l'hypervitaminose.

Intoxication volontaire par le chloralose. — MM. MAY, MUZZICONACCI et Mlle MORIZET. Cette intoxication par le chloralose augmente de fréquence. Les auteurs en ont observé 5 cas. Cliniquement ou bien il y a coma complet; ou bien coma incomplet avec agitation motrice et hyperréflectivité. Diagnostic à faire avec l'hémorragie méningée, le tétanos... — Rien de spéciale à la ponction lombaire. — Guérison en 12 ou 48 heures.

Méningite à streptocoques chez une adulte traitée par la paramino-phénylsulfamide. Guérison. — MM. LÉCHELLE, THÉVENARD et CHAROUSSET.

Kyste para-ovarien simulant une ascite libre. Causes et erreur dans la réaction de Casoni. — MM. BERGERET, LÉCHELLE, THÉVENARD et CHAROUSSET. Malade présentant un syndrome d'ascite libre chez laquelle la paracentèse donna issue à un liquide eau de roche. La réaction de Casoni fut sucessivement positive et négative. A l'examen chimique composition analogue ; kyste paraovarien et le diagnostic fut confirmé par l'intervention. La réaction de Casoni répétée à plusieurs reprises peut exposer à des erreurs.

Evolution prolongée d'une maladie amyloïde. — MM. BERNARD, JACOB, BROCARD et KREIS.

Maladie cœliaque. — MM. ROGER et BOUDOURESQUE (Marseille).

Méningisme de la tente du cervelet. — MM. MICHON et ROUSSEAUX (Nancy).

Un cas autachtone de kala-azar de l'adulte. — MM. D'ŒLSNITZ, SAURIN, RIBAUDI et DANIEL.

Le traitement d'attaque du kala-azar. — M. D'ŒLSNITZ signale que le traitement intensif et continu par les sels organiques d'antimoine diminue les accidents d'intolérance et provoque des guérisons solides, caractérisées surtout par la disparition rapide des parasites dans la moelle osseuse.

Spirochétose avec plaie cutanée, adénite et méningite. — M. ERBACH (Bourges).

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE

SÉANCE DU 12 JANVIER 1939.

Assemblée générale annuelle. Election du Bureau. — Président : M. le Médecin général inspecteur SAVORNIN. Vice-Présidents : M. le Médecin général inspecteur LEMOINE (métropole) ; M. le Médecin général inspecteur LECOMTE (colonies) ; M. le Médecin général BRUGÈRE (marine) ; M. le Pharmacien général MANCIER.

Secrétaire général : M. le Médecin colonel DES CILLEULS. Secrétaire général adjoint : M. le Médecin lieutenant-colonel JAME. Secrétaires des séances : MM. les Médecins capitaines COUDANE et AUJALEU. Trésorier : M. le Médecin lieutenant-colonel POY.

Questions mises à l'ordre du jour de la Société :

1° *Le dépistage des affections intestinales d'origine parasitaire chez les indigènes des troupes coloniales stationnées dans la Métropole.* — Rapporteur : Médecin lieutenant-colonel ADVIER, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé des Troupes coloniales.

2° *Malformations acquises et arthrites chroniques de la hanche.* — Rapporteur : Médecin colonel CLAVELIN, professeur au Val-de-Grâce.

INFORMATIONS

(Suite de la page 622.)

K. — *Histoire naturelle pharmaceutique.*

PARIS

MM. Mascré, Launoy, Goris.

DÉPARTEMENTS

MM. Gabriel (Marseille), Manceaux (Lyon), Senevet (Alger), Sartory (Strasbourg), Golse (Bordeaux), Fourment (Alger), Mlle François (Nancy), MM. Guiart (Lyon), Juillet (Montpellier), Mercier (Marseille), Mandoul (Bordeaux).

H. — *Pharmacie-chimie générale et toxicologie.*

PARIS

MM. Delaby, Goris, Lebeau.

DÉPARTEMENTS

MM. Chelle (Bordeaux), Vitte (Bordeaux), Leullier (Lyon), Mousseron (Montpellier), Labat (Bordeaux), Kayser (Nancy), Brustier (Toulouse), Wunschendorff (Alger), Volmar (Strasbourg), Vignoli (Marseille), Vallée (Lille), Ribaut (Toulouse), Morel (Lyon), Rimattei (Marseille), Lespagnol (Lille), Musso (Alger).

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Lecture des copies (biologie). Notes : MM. Roux, 15 ; Cauchois, Delinotte, Léger, 14.

Séance du 3 mai. Epreuve orale d'anatomie. — Question : Artère splénique. Notes : MM. Léger, 18 ; Roux, 16 ; Delinotte, 16 ; Cauchois, 14.

Guerre. — Le médecin général inspecteur Morvan est placé dans la 2e section (réserve) au cadre du corps de santé militaire.

Société française d'orthopédie et de traumatologie. — Les journées orthopédiques suisses auront lieu du mardi 30 mai 1939 au vendredi 2 juin à Zurich, Lausanne et Genève.

Le programme détaillé sera envoyé incessament.

Renseignements et inscriptions : Agence Kuoni, 1, rue Auber, Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 37. — MERCREDI 10 MAI 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Troubles du rythme cardiaque chez les enfants, par le professeur Pierre Nobécourt.

Les états d'avitaminose C ou d'hypovitaminose C par troubles digestifs, par M. Max Vauthey (de Vichy).

Traitement des leucorrhées, par Louis Caillon.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de chirurgie.

REVUE DES THÈSES. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LIVRES NOUVEAUX.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — 1er *Concours de médecin des hôpitaux. Nomination à 3 places.* — Epreuve de consultation écrite : MM. les docteurs Albot, 19,4 ; Derot, 19,5 ; Perrault, 19,6 ; Lièvre, 18,9 ; Schwob, 19,2.

Epreuve clinique : MM. les docteurs Albot, 20 ; Perrault, 20 ; Derot, 20.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Perrault, 39,6 ; Derot, 39,5 ; Albot, 39,4.

Hôpital-Fondation de Rothschild. — Un *concours* est ouvert pour la nomination de sept internes titulaires et de quatre internes provisoires.

Il comportera : Deux épreuves écrites : 1°) Une question de pathologie interne ;

2°) Une question de pathologie externe ou obstétricale ; une épreuve orale portant sur la pathologie externe, interne ou obstétricale ; un minimum de douze inscriptions est exigé.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, avec faculté de prorogation d'une année ; les internes provisoires sont nommés pour un an. Le registre d'inscriptions sera clos le 31 mai 1939.

Les épreuves du concours auront lieu, pour l'écrit, le lundi 5 juin 1939, à 9 heures, à l'Hôpital. Entrée en fonctions le 18 juillet prochain. Pour tous renseignements sur les conditions de ce concours et le règlement de l'internat, s'adresser au Directeur de l'Hôpital, 15, rue Santerre, Paris 12e.

Hôpitaux psychiâtriques. — M. Couderc, reçu au concours des hôpitaux psychiâtriques en 1938, est nommé médecin chef de service à l'Hôpital psychiâtrique de *Vauclaire* (Dordogne), en remplacement de M. Teulie, nommé médecin chef de service à l'Hôpital psychiâtrique de *Villejuif*.

M. Masson, reçu au concours des hôpitaux psychiâtriques en 1938, est définitivement classé dans le cadre et nommé médecin chef de service à l'Hôpital psychiâtrique de *Sarreguemines* (Moselle), en remplacement de M. Fretet, affecté, en qualité de médecin chef de service, à la colonie familiale de *Dun-sur-Auron* (Cher).

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* Séance du 5 mai. Epreuve orale de chirurgie. — Question : Les perforations aiguës de l'ulcère de l'estomac, en péritoine libre. Notes : MM. Léger, 19 ; Delinotte, Roux, 18 ; Cauchois, 17.

Légion d'honneur. — *Santé publique.* — *Au grade de chevalier à titre posthume.* — M. Gillard (Henri-Louis-Armand), docteur en médecine, médecin chef des forges et mines de Hayange (Moselle) ; 38 ans de services militaires et de pratique professionnelle. A été tué alors qu'il accomplissait son devoir de médecin le 7 avril 1939. Cité à l'ordre de la nation le 24 avril 1939.

Ministère de la Santé Publique. — *Médecins inpecteurs de la protection des enfants du premier âge.*

Le *Journal officiel* du 6 mai publie le décret suivant :

Art. 1er. — Les honoraires alloués aux médecins inspecteurs de la protection des enfants du premier âge, à l'occasion de la visite des enfants protégés, ne pourront dépasser le tarif prévu par le règlement départemental du service de l'assistance médicale gratuite, ni en aucun cas être supérieurs à 15 fr. pour la première visite et 10 fr. pour les autres.

Art. 2. — Une indemnité kilométrique de déplacement leur sera allouée, seulement pour la première visite, dans les huit jours de l'admission et les visites effectuées sur demande du préfet ou du maire. Elle ne pourra dépasser les tarifs prévus par l'article 7 du décret du 12 juillet 1938 pour les inspecteurs de l'assistance publique.

Les autres visites prévues par le règlement du 1er septembre 1938 ne donneront lieu à aucune indemnité kilométrique.

Défense passive. — Le *Journal officiel* du 6 mai publie l'instruction provisoire relative aux examens de défense passive du 3e degré (chef d'équipe).

CONFÉRENCES

Conférences du dimanche. — L'Association d'Enseignement Médical des Hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1938-1939, une série de conférences hebdomadaires. Elles ont lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine.

14 *mai.* — M. Mollaret : Les infections après morsure de rat.

21 *mai.* — M. L. Binet : La lutte contre l'asphyxie (projections).

4 *juin.* — M. Caroli : Formes cliniques de la glandulose pigmentaire (cirrhose bronzée).

11 *juin.* — M. Lévy-Valensi : Les magnicides, « Louvel ». Etude de psycho-pathologie historique (projections).

Exceptionnellement, cette conférence aura lieu à 10 h. 30 à l'Asile Saint-Anne, 1, rue Cabanis (métro : Glacière).

18 *juin.* — M. Sureau : Quelques considérations sur le problème de l'hérédité.

25 *juin.* — M. de Sèze : La pathologie douloureuse du disque lombo-sacré (projections).

NÉCROLOGIE

Le docteur Louis Bar, à Nice.

Notions d'hygiène et d'administration du service de santé, par le médecin lieutenant-Colonel Prat. Prix : 30 fr. Chez Lavauzelle, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Livre très utile à consulter actuellement et donnant une idée nette de l'organisation du service de santé sur le territoire et aux armées.

TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE CHEZ LES ENFANTS

par le Professeur Pierre NOBÉCOURT.

Les *troubles du rythme cardiaque*, qu'on groupe quelquefois sous le terme d'*arythmies*, sont fréquents chez les enfants ; mais ils ne présentent pas la même complexité que chez les adultes. Très souvent, ils sont indépendants d'un état pathologique, même alors qu'il en existe un, et constituent des *arythmies physiologiques*.

Ils ont été décrits depuis longtemps chez les enfants comme chez les adultes. Mais leur connaissance quelque peu précise ne date guère que d'une quarantaine d'années. Je les ai étudiées à plusieurs reprises (1).

J'ai utilisé dans mes publications antérieures la classification adoptée par Henri Vaquez (2), en 1911. J'utiliserai aujourd'hui, en outre, les livres plus récents de A. Clerc (3), H. Vaquez et E. Donzelot (4).

Comme l'écrivent ces derniers : « Une classification pathogénique des troubles du rythme cardiaque est actuellement impossible ; aussi avons-nous adopté une classification purement clinique. Ce qui frappe immédiatement le médecin, ce sont les caractères du pouls : irrégularité, accélération, ralentissement ou valeur alternante ».

Je passerai en revue successivement :

I Le *pouls rapide* ou *tachycardie ;*
II Le *pouls lent* ou *bradycardie ;*
III Le *pouls irrégulier* ou *arythmie proprement dite.*

Quant au *pouls alternant*, il n'a pas été étudié spécialement chez l'enfant.

Souvent, un examen clinique méthodiquement conduit permet de reconnaître la variété d'arythmie en cause. Dans les cas difficiles, il est utile d'avoir recours à l'enregistrement des courbes mécaniques (artériogramme, cardiogramme, plébogramme) et électriques (électro-cardiogramme), qui, suivant H. Vaquez et Donzelot, sont « précieuses dans la pratique courante et... indispensables dans les travaux de recherche. »

I. — TACHYCARDIES.

Pour apprécier la tachycardie, il faut se rappeler que la fréquence du pouls est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte et diminue, chez le premier, à mesure qu'il avance en âge. On compte :

1re année	125 à 130	pulsations
2e —	115 à 120	—
de 2 à 8 ans	90 à 100	—
de 8 à 12 ans	80 à 90	—
de 12 à 15 ans	70 à 90	—

Ce ne sont là que des moyennes ; souvent le pouls est soit plus lent, soit plus rapide. Il diminue de fréquence pendant le sommeil.

La tachycardie peut provenir soit de l'augmentation de fréquence du rythme cardiaque normal, soit de l'éclosion d'un rythme anormal : la première variété est dite *normotype*, la seconde *hétérotype*.

1° *Tachycardies normotypes*

Elles relèvent généralement d'une excitation du système nerveux accélérateur du cœur, parfois d'une inhibition du système modérateur.

La fréquence du pouls est plus ou moins grande; les bruits du cœur sont normaux, le grand silence plus ou moins écourté. Il n'y a généralement pas de troubles subjectifs ou fonctionnels appréciables.

On distingue des *tachycardies physiologiques* et des *tachycardies pathologiques* ou *symptomatiques*.

TACHYCARDIES PHYSIOLOGIQUES. — Elles sont très fréquentes chez les enfants ; par suite *l'instabilité du pouls* est particulièrement commune dans l'enfance.

La fréquence du pouls augmente sous l'influence de la *tétée*, du *repas*, du *cri*, de *l'émotion*, du *travail intellectuel*, des *exercices physiques*, des *jeux actifs*, de *la chaleur*, d'un *temps orageux*, etc.

Ces tachycardies provoquées ne persistent pas ; elles disparaissent rapidement quand le facteur étiologique cesse d'agir. Il en est ainsi, notamment, pour la tachycardie causée par le jeu ; celle-ci est souvent accompagnée d'une élévation passagère de la température rectale à 38°, 38°5, parfois 39°, comme je l'ai constaté avec Prosper Merklen (1).

Quand la tachycardie persiste longtemps et même le lendemain, elle est un indice de fatigue tendant à devenir chronique, de surmenage intellectuel ou physique.

Certains enfants présentent une *tachycardie habituelle*, indépendante des causes occasionnelles qui viennent d'être citées. Chez des écoliers, O. Tezner (2) a constaté assez souvent un pouls à 110-120 par minute, indépendamment de tout facteur pathologique. Cette tachycardie est un indice d'un

(1) P. NOBÉCOURT. *Cadiopathies de l'enfance*, 1914, O. Berthier et E. Bougault, Paris.
Le cœur des enfants. *Traité de pathologie médicale et thérapeutique appliquée de* SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. *Pédiatrie*. II. 2 éd. 1936, Maloine, Paris.
(2) H. VAQUEZ. *Les arythmies*, 1911. J.-B. Baillière.
(3) A. CLERC. *Les arythmies en clinique*, 1925. Masson et Cie.
(4) H. VAQUEZ et E. DONZELOT. *Les troubles du rythme cardiaque*, 1926. J.-B. Baillière et fils.

(1) NOBÉCOURT et Prosper MERKLEN. Variations de la température du corps chez l'enfant à l'état sain et au début de la tuberculose. *Bulletin de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose*, mars 1910.
(2) O. TEZNER. La tachycardie des écoliers. *Medizinische Klinik XXIV*, n° 29, 20 juillet 1928.

déséquilibre du système neuro-végétatif et pourrait peut-être être rangée dans le *syndrome neuro-tachycardique* de H. Vaquez et Donzelot.

La *tachycardie émotive* est particulièrement fréquente chez les enfants ; elle est d'autant plus forte qu'ils sont plus jeunes et s'atténue avec l'âge. Elle témoigne de leur *constitution émotive*, liée à l'instabilité de leur système neuro-végétatif. Chez certains sujets, elle est exagérée, accompagnée de rougeur du visage, de sueurs froides, de palpitations, d'angoisse, d'inhibition des facultés intellectuelles et de la volonté ; elle est alors presque pathologique.

La tachycardie osthostatique est de tous les âges, Je l'ai constatée assez souvent, avec E. Peyre et Tisseuil (1) chez les soldats normaux de 23 à 44 ans. Elle est particulièrement fréquente et forte chez les enfants, surtout à partir de 5 ans ; avec Charles Garnier (2), j'ai précisé ses modalités.

L'accélération du pouls suit immédiatement le passage du décubitus à la station debout ; au bout d'une minute, elle est de 10 à 15 pulsations à la minute. Si l'enfant reste debout, elle ne tarde pas à s'atténuer. Le retour au décubitus est suivi d'une diminution rapide du nombre des pulsations; celui-ci tombe au-dessous de ce qu'il était dans le premier décubitus, puis revient au même taux au bout de trois ou quatre minutes.

La tachycardie orthostatique est liée à une baisse de la pression dans le système aortique, du fait d'un afflux du sang dans le système porte abdominal et les veines périphériques. Par suite, d'après Vaquez, la pression intra cranienne diminue et l'action modératrice du pneumogestrique sur le cœur s'affaiblit.

Souvent, la tachycardie orthostatique est *exagérée* atteint 30, 40, 50 pulsations par minute. Interviennent tous les facteurs susceptibles d'augmenter les conditions qui la provoquent.

On constate cette exagération pendant la convalescence des maladies infectieuses (fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, pneumonie, etc.), au début de la tuberculose, pendant les fortes poussées de croissance staturale, qui se produisent à la période prépubérale, chez les enfants qui présentent de l'atonie, de leur musculature et notamment de la musculature abdominale, atteints de dyspepsie chronique gastro-intestinale, d'un syndrome hépato-colique fétide chronique, chez les névropathes à système nerveux particulièrement impressionnable. Elle est fréquente dans l'hypertrophie staturale du type Hutinel (dystrophie des adolescents).

Elle est assez souvent intriquée avec l'*albuminurie orthostatique* ou *albuminurie de position*, qui relève d'un processus analogue : stase veineuse dans les reins et ralentissement de la circulation rénale (1). Elle est une des manifestations du syndrome qu'on a appelé la *maladie orthostatique* (2).

La tachycardie orthostatique est diminuée ou fait défaut dans les cardiopathies chroniques.

TACHYCARDIES PATHOLOGIQUES OU SYMPTOMATIQUES. — Elles s'observent dans des maladies ou des affections d'organe.

La *fièvre* s'accompagne généralement de tachycardie. Pour une même température, celle-ci est souvent plus forte chez l'enfant que chez l'adulte ; par suite, une forte tachycardie n'a pas toujours la même signification pronostique chez le premier que chez le second.

Certaines maladies infectieuses ont une action particulière sur la fréquence du pouls ; cette action n'est pas toujours semblable chez les enfants et les adultes : par exemple dans la fièvre typhoïde et dans la scarlatine.

Dans la *fièvre typhoïde*, aux périodes d'invasion et d'état : chez les adultes, le pouls est relativement peu accéléré par rapport à la température, il y a une bradycardie relative ; chez les enfants, il n'en est pas de même (3). D'après Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt, on compte, dans la majorité des cas, 160 à 180 pulsations par minute chez les plus jeunes, 100 à 140 chez les plus âgés ; ces nombres me paraissent exagérés. La bradycardie relative, est, en tout cas, rare.

On oppose souvent la bradycardie relative de la fièvre typhoïde et la tachycardie de la *typho-bacillose* (4) ; chez les enfants, ce caractère différentiel manque. La tachycardie est d'ailleurs fréquente, chez les enfants, dans les *tuberculoses diverses*, même apyrétiques.

Dans la *scarlatine*, l'influence de l'âge n'est pas moins nette. Chez les enfants (5), la tachycardie est fréquente au début ; le pouls atteint et dépasse 120, même avec une température peu élevée; rarement le nombre des pulsations est normal ou diminué. Chez les soldats de 19 ans (6), le pouls est généralement accéléré, en rapport avec la température. Chez les adultes (Monier-Vinard et Meaux Saint Mars), rarement la tachycardie initiale est

(1) NOBÉCOURT, E. PEYRE et TISSEUIL. Fréquence du pouls et tachycardie orthostatique chez les convalescents de fièvres paratyphoïdes A et B. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 mai 1917, p. 649.

(2) Charles GARNIER. Les changements d'attitude et la fréquence du pouls chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1910.

(1) NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Affection de l'appareil urinaire*, 1932. Masson et Cie. XVII. Albuminuries de station et de position, albuminuries orthostatiques chez les enfants (17 juin 1922). — Albuminurie orthostatique. Les facteurs locaux du ralentissement de la circulation rénale. *Le Progrès médical*, 22 avril 1933.

(2) Roger PARLIER. La maladie orthostatique. *Thèse de Paris*, 1932.

(3) NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Maladies infectieuses*, 1932. Masson et Cie. — IX. Les particularités de la fièvre typhoïde chez les enfants (4 juin 1921). X. Sur quelques cas récents de fièvre typhoïde chez les enfants (28 avril 1923). XVI. Le cœur dans la fièvre typhoïde chez les enfants 17 juin 1921).

(4) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. La tuberculose*, 1929. II. Les fièvres tuberculeuses aiguës et le typho-bacillose chez les enfants (18 février 1922).

(5) NOBÉCOURT et MILHIT. Les troubles cardio vasculaires dans la scarlatine. *Paris médical*, 10 juillet 1914.

(6) P. NOBÉCOURT. La fréquence du pouls dans la scarlatine. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 5 novembre 1915.

plus forte que ne le comporte l'élévation de la température.

Chez les jeunes soldats, j'ai observé souvent des tachycardies tardives (1), apparaissant du quatorze au dix-huitième jour.

La tachycardie est un symptôme de la *maladie de Basedow,* qui se rencontre de temps en temps chez des enfants de tous âges et est souvent fruste, à symptomatologie incomplète (2). Elle est souvent le premier symptôme, plus souvent que l'exophtalmie. Généralement modérée, à 100-120, elle atteint rarement 130 à 150, nombre qui est fréquent chez l'adulte. Elle est permanente, mais variable ; elle diminue au calme, au repos, augmente par le mouvement et les émotions. Elle parait attribuable non pas tant à l'hyperthyroïdie qu'à une dystonie neuro-végétative avec prédominance de la sympathicotonie. Elle est donc apparentée avec les tachycardies habituelles signalées ci-dessus.

Dans les *grosses adénopathies* tuberculeuses ou néoplasiques du médiastin, dans les *médiastinites,* la tachycardie est fréquente. Elle peut être due soit à la compression de la trachée, car, d'après Marey, quand on respire par un tube étroit, le cœur s'accélère, soit à la compression ou à l'altération des pneumogastriques, entraînant la parésie ou la paralysie du système inhibiteur.

Dans les *cardiopathies,* la tachycardie est causée par une hyperexcitabilité nerveuse d'origine intra-cardiaque, qu'entraîne le plus souvent la dilatation et la défaillance du myocarde. Elle apparaît dans les cardiopathies chroniques, quand la défaillance porte sur les ventricules droit ou gauche. Chez les enfants, il faut faire une mention spéciale des cardiopathies de la maladie de Bouillaud à évolution subaiguë, intéressant l'endocarde, la myocarde ou souvent la péricarde et entraînant la dilatation du cœur. La tachycardie y est commune, même quand l'atteinte du myocarde paraît légère ; elle est un symptôme important du *syndrome myocardique avéré* ou *fruste ;* elle persiste souvent pendant longtemps après la terminaison de l'attaque aiguë et témoigne de l'activité du processus inflammatoire (3).

Chez l'enfant, la tachycardie provoquée par l'*hypertension artérielle* n'a pas la même importance que chez l'adulte.

2° *Tachycardies hétérotypes.*

« Le propre de ces tachycardies est d'évoluer sous la forme de crises dues à l'éclosion d'un rythme d'excitation anormal. Quand ce rythme intéresse à la fois et également les oreillettes et les ventricules, la tachycardie paroxystique est totale ou mieux auriculo-ventriculaire. Quand ce rythme n'intéresse d'une façon exclusive ou prédominante que l'une des cavités, la tachycardie paroxystique est partielle, tantôt auriculaire, tantôt ventriculaire. » (Vaquez et Donzelot).

Chez les enfants, on ne connaît guère que la *tachycardie paroxystique auriculo-ventriculaire syndrome.*

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE AURICULO-VENTRICULAIRE (*maladie de Bouveret*). — Elle est exceptionnelle dans l'enfance. Elle peut débuter au huitième jour, (O'Flyn), au quatorzième jour (J. Duken (1) de l'existence, à 3 ou 4 ans, plus souvent de 10 à 15 ans. Elle atteindrait plutôt les filles que les garçons (2).

Les accès sont, en général, moins caractérisés que chez l'adulte. Le pouls atteint 150 à 200 par minute, les autres symptômes sont frustes. La durée de l'accès est de quelques heures ou quelques jours.

Les accès reviennent à intervalles plus ou moins longs, une ou deux fois par an. Tantôt ils cessent à la puberté, tantôt ils persistent jusqu'à l'âge adulte.

Le bébé observé par J. Duken eut trois accès graves de 14 jours à 14 semaines : début brusque, tachycardie à 300 pulsations, vomissements, signes d'insuffisance cardiaque avec hépatomégalie et splénomégalie, mort imminente.

Chez une fille (Piaggio Garzon) (3), l'affection débute à 2 ans, les accès se répètent pendant onze mois ; à 4 ans, ils ont disparu depuis treize mois.

I. — BRADYCARDIES.

Il existe deux variétés de bradycardie : les bradycardies qui prennent leur origine dans tout le *système automatique* ou *spécifique* (nœud sino-auriculaire ou de Keith et Flack, nœud atrio-ventriculaire ou de Tawara, faisceau de His, réseau de Purkinge) ; les bradycardies qui proviennent d'un trouble dans le fonctionnement d'un seul centre, le plus souvent le centre septal (nœud de Tawara et faisceau de His) : *bradycardies normotypes, bradycardies hétérotypes* (Vaquez et Donzelot).

Il ne faut pas confondre les bradycardies vraies avec la *fausse bradycardie* ou *bradysphygmie extrasystologique,* qui est étudié plus loin.

Ces diverses bradycardies peuvent se rencontrer chez les enfants.

---

(1) P. NOBÉCOURT et H. GIMBERT. Tachycardies tardives dans la scarlatine. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* 18 avril 1918.

(2) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Troubles de la croissance, de la puberté, de la nutrition et des glandes endocrines,* 1936. — Masson et Cie, XI et XII. Goitre exophtalmique fruste chez une fille de quinze ans (10 février et 24 février 1934).

(3) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Maladies infectieuses,* 1932. — Masson et Cie. Leçons sur le rhumatisme articulaire aigu. Les modalités cliniques du rhumatisme cardiaque chez les enfants. *Gazette des hôpitaux,* 7 décembre 1932.

(1) J. DUKEN. Ueber eine typische Form der paroxymal Tachycardie im Saugliingsralter. *Archiv fur Kinderheilkunde,* 1933.

(2) M. ACUNA et A. PUGLIESI. Taquicardie paroxistica en la infancia. *Archivos Argentinos de Pediatria,* juin 1935) ont publié l'observation d'un garçon de 12 ans.

(3) PIAGGIO GARZON. Taquicardia paroxistica en una nina de 2 anos. *Archivos de Pediatria del Urugay,* septembre 1937.

1° *Bradycardies normotypes ou totales.*

Elles relèvent d'une excitation du pneumogastrique au niveau de ses noyaux d'origine, ou de son tronc, ou de ses terminaisons intracardiaques.

Le pouls est lent, le nombre des pulsations pouvant différer suivant les âges, régulier. Il s'accélère sous l'influence d'une émotion, des mouvements, de la fièvre ; la variation du rythme est une forte présomption en faveur d'une bradycardie totale.

Les bruits du cœur sont normaux avec un allongement du grand silence.

Cette bradycardie est généralement occulte. Quand la pause est très longue, il peut survenir des vertiges, des syncopes.

Il existe des *formes passagères* et des *formes permanentes.*

Toutes deux se rencontrent chez les enfants.

FORMES PASSAGÈRES — Elles relèvent de causes diverses.

1° *Intoxications. — Ictères* avec rétention des sels biliaires (la bradycardie manque souvent dans l'ictère catarrhal des enfants) ; *digitale,* etc.

2° *Maladies infectieuses.* — La bradycardie peut être *absolue,* la fréquence du pouls étant inférieure à la moyenne de l'âge, ou *relative* par rapport à la température.

Dans la *fièvre typhoïde,* une bradycardie relative est la règle chez l'adulte, tandis qu'elle est rare chez l'enfant. On peut, cependant, l'observer chez lui : un garçon de 13 ans, avait, le huitième jour, un pouls à 72 avec 39°5. Assez souvent même le pouls lent et irrégulier dès le début et des symptômes encéphalo-méningés peuvent faire penser à une méningite tuberculeuse (1).

Dans la *scarlatine,* chez l'enfant, comme chez l'adulte, le pouls, à la période éruptive peut avoir une fréquence normale ou être lent.

Dans les *oreillons,* la bradycardie n'est pas rare. Elle a été signalée par Chauffard et Boidin. Elle parait liée à la méningite ourlienne. Une fille de 12 ans, avait, au début d'une syndrome méningé, apparu le troisième jour des oreillons, 80 pulsations avec une température de 39°5 (2). La bradycardie semble dépendre de la localisation méningée.

La bradycardie est commune pendant la *convalescence* des maladies infectieuses.

3° *Affections du système nerveux.* — La bradycardie apparaît dans les affections qui entraînent de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien ; *tumeurs de l'encéphale, méningites, méningo-encéphalites, hémorragies* méningées et cérébro-méningées, etc.

(1) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Maladies infectieuses* 1932. XIV. Syndromes encéphalo-méningés du début des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes dans l'enfance (1er décembre 1928.

(2) P. NOBÉCOURT et M. BRELET. Méningite ourlienne avec lymphocytose céphalo-rachidienne. *Société de pédiatrie de Paris,* novembre 1905.

Dans la méningite tuberculeuse, le pouls présente des caractères variés, Robert Whytt (1768) distinguait trois périodes, caractérisées respectivement par l'accélération du pouls, son ralentissement, puis son accélération. Au début (1), en réalité, « tantôt sa fréquence n'est pas modifiée, tantôt il est accéléré, tantôt il est ralenti. Assez souvent, il est inégal, un peu irrégulier et vibrant, comme l'ont écrit Rilliet et Barthez. Mais surtout son instabilité attire l'attention. La fréquence varie d'un moment à l'autre. Ce qui peut frapper encore, c'est la dissociation du pouls et de la température : avec une température normale, par exemple, on trouve un pouls accéléré, ou inversement un pouls ralenti avec une température élevée ». Assez souvent, il s'agit d'une arythmie exagérée d'origine respiratoire.

Dans les *méningites aiguës suppurées,* le pouls est généralement rapide et régulier ; il s'accélère avec la température ; parfois il y a dissociation du pouls et de la température.

Nous avons vu la bradycardie de la *méningite ourlienne.*

4° *Action réflexe. Syndromes abdominaux douloureux, appendicite ; affections du médiastin* irritant le pneumogastrique, etc.

Le *réflexe occulo-cardiaque,* quand il est positif, est le type de la bradycardie réflexe. Chez certains malades hypervagotoniques, la bradycardie acquiert une importance particulière.

FORMES PERMANENTES. — Elles peuvent être *acquises* ou *congénitales.*

Ce sont surtout ces dernières qu'on rencontre chez les enfants.

Le *pouls lent permanent congénital par bradycardie totale* est *familial* et *héréditaire* (Lian et Juif (2).

Gallavardin l'a observé chez une mère et ses trois enfants.

En général, il ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel ou subjectif, il est découvert parce qu'on compte les pulsations ; son pronostic est favorable.

Rare est le fait observé par L. Babonneix et J. Gouyen (3) : chez un garçon de 10 ans, qui présentait des crises épileptiformes depuis l'âge de 2 ans et demi, ils découvrent une maladie mitrale ignorée et bien tolérée, un pouls à 44-48 ; le réflexe oculo-cardiaque est indifférent, l'électrocardiogramme précise qu'il s'agit d'une bradycardie totale.

(1) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Affections du système nerveux,* 1928. — VII. Les débuts de la méningite tuberculeuse chez l'enfant (11 février 1922).

(2) Maurice JUIF. Contribution à l'étude du pouls lent permanent d'origine congénitale et héréditaire. *Thèse de Paris,* 1912.

(3) L. BABONNEIX et J. GOUYEN. Pouls lent permanent avec crises épileptiformes chez un enfant de 10 ans atteint d'une maladie mitrale. *Société de pédiatrie de Paris,* 9 avril 1936.

2° *Bradycardies hétérotypes.*

Elles sont dues à une *dissociation auriculo-ventriculaire.*

On peut, comme pour les bradycardies normotypes, envisager des *formes passagères* et des *formes permanentes.*

FORMES PASSAGÈRES. — Elles s'observent dans les *maladies infectieuses.* Elles sont rares chez les enfants : on ne les rencontre guère dans la maladie de Bouillaud et la fièvre typhoïde ; on les rencontre surtout dans la diphtérie (Aviragnet et Lutembacher, B. Zadok-Kahn, etc.).

Dans les maladies infectieuses, on peut observer, d'autre part, comme il a été dit ci-dessus, une bradycardie totale. Assez souvent, d'après Vaquez et Donzelot, il peut y avoir intrication des deux modalités, une *bradycardie totale avec dissociation.*

FORMES PERMANENTES. — Elles réalisent la *maladie* ou *syndrome de Stokes-Adams.*

Chez les adultes, elles sont généralement acquises, parfois congénitales. Chez les enfants, elles sont presque toujours *congénitales.*

Le *pouls lent permanent congénital par dissociation auriculo-ventriculaire* n'est pas exceptionnel dans l'enfance. En janvier 1924 (1), j'en ai trouvé 19 observations ; parmi elles, il s'agissait 15 fois d'enfants, 4 fois d'adultes ; le bébé, dont j'ai rapporté l'observation, était âgé de 10 mois, quand il m'a été présenté. Depuis, d'autres observations ont été publiées par Leconte (2), Mariano Castex, Bérétoxide et Lopez Ramirez (3), etc.

Comme pour les autres cardiopathies congénitales, l'étiologie reste généralement ignorée. On a incriminé les intoxications, les maladies infectieuses de la mère et notamment la syphilis des parents. Celle-ci a été rarement constatée ; elle n'était pas en cause chez mon bébé de 10 mois ; D'Espine et Mlle Cottin (4) ont trouvé une réaction de Bordet-Wassermann chez un garçon de 8 ans, sans aucun signe clinique de syphilis congénitale.

Parfois, le pouls lent est *familial.* Morquio (5) l'a constaté chez 4 frères et sœurs sur 8, alors que les parents étaient bien portants ; Fulton, Judson et Norris (1) l'ont rencontré chez un bébé de quelques semaines, sa sœur de 20 ans, le père âgé de 41 ans.

(1) P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil circulatoire,* 1925. Masson et Cie. XVII. A propos d'un nourrisson porteur d'une cardiopathie congénitale avec pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire (26 janvier 1924).

(2) LECONTE. Dissociation auriculo-ventriculaire complète chez une fillette de 3 ans. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* 4 avril 1924.

(3) MARIANO CASTEX, BÉRÉTEROXIDE et LOPEZ RAMIREZ. Syndrome de Morgagni-Adams-Stokes dans le jeune âge. *Archives des maladies du cœur,* septembre 1925, p. 561.

(3) D'ESPINE et Mlle COTTIN. *Revue médicale de la Suisse Romande,* 20 septembre 1915.

E. COTTIN. La bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire chez l'enfant. *Archives des maladies du cœur,* X, p. 128, mars 1917.

(5) MORQUIO. Maladie infantile et familiale caractérisée par des modifications permanentes du pouls, des attaques syncopales et épileptiformes. *Archives de médecine des enfants,* 1901.

Assez souvent, il existe des signes d'une *cardiopathie congénitale,* communication interventriculaire avec ou sans rétrécissement de l'artère pulmonaire, avec ou sans cyanose. Il en était ainsi pour 8 enfants sur 15.

Le bébé de 10 mois m'avait été amené pour une cyanose congénitale légère ; il avait cliniquement une communication interventriculaire et un rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Quand il existe une communication interventriculaire, on peut penser que le faisceau auriculo-ventriculaire est interrompu au niveau de la lésion ; cette hypothèse semble légitime, mais aucune constatation anatomique ne la vérifie. De fait, le pouls lent permanent est exceptionnel dans les communications interventriculaires.

En l'absence de malformation de la cloison, on peut admettre l'existence d'une *myocardite congénitale,* peut être syphilitique, intéressant spécialement le faisceau ventriculaire. Quand il existe un pouls lent familial, il y a peut-être une *anomalie familiale du faisceau de His* (Osler (2), Fulton, Judson et Norris).

Du point de vue clinique, on peut décrire une *bradycardie permanente occulte* et une *bradycardie permanente avec syndrome de Stokes-Adams.*

La *bradycardie permanente occulte* est découverte le seizième jour (Gorter), dans la première semaine (Fulton, Judson et Norris), à 10 mois (Nobécourt). Des enfants de 1 an et demi, 2 ans et demi, 4, 5, 12, 15 ans, des hommes de 42 ans (3), de 70 ans (4), qui avaient des pouls lents permanents depuis l'enfance, ne présentaient pas le syndrome de Stokes-Adams ; l'homme de 42 ans avait pu faire son service militaire.

Dans un certain nombre de cas, il existe de la cyanose et de la dyspnée d'effort, liées à une cardiopathie congénitale. La forme occulte se rencontre 8 fois sur 10 quand cette intrication est réalisée, 4 fois sur 10 en l'absence de cardiopathie congénitale.

Une fille de 5 ans, qui avait une bradycardie permanente occulte, meurt subitement quelques jours après une amygdalité légère [J.-M. Gill (5)].

La *bradycardie permanente avec syndrome de Stokes-Adams* a été rencontrée 2 fois sur 10 dans le cas d'une cardiopathie congénitale, 6 fois sur 10 en l'absence de cette dernière.

(1) FULTON, JUDSON et NORRIS. Pouls lent permanent congénital chez un père et ses deux enfants (dont un nourrisson). *American Journal of the medical Sciences* 1910, p. 339.

(2) OSLER. *The Lancet,* 22 and 1903, p. 517.

(3) BITHOREAU. Etude clinique et graphique du pouls lent par dissociation auriculo-ventriculaire. *Thèse de Paris,* 1903.

(4) JACQUIER. Pouls lent permanent. *Thèse de Paris,* 1903.

(5) J.-M. GILL. *The Australian medical Gazett,* 20 juin 1911.

Comme chez l'adulte, le syndrome est constitué par des vertiges, des syncopes, des attaques épileptiques.

On a constaté des syncopes dès la naissance (Taussig), à partir de 2 ans (Van den Heuvel (1), de 4 ans ; des syncopes et des attaques d'épilepsie ; à partir de 8 ans ; des accès de vertige avec perte de connaissance sans convulsions (D'Espine et Mlle Cottin) ; à 15 ans, des malaises avec tendance syncopale [De Massary et Lian (2)].

L'évolution diffère suivant les malades.

Les syncopes et les accès d'épilepsie se répètent à intervalles plus ou moins longs. Tantôt le malade meurt subitement de 1 à 10 ans. Tantôt il atteint un âge plus ou moins avancé : vivaient encore à 23 ans la fille observée par Van den Heuvel, *à* 70 ans une femme observée par Taussig, qui avait toujours été robuste et active.

Le malade soigné par de Massary et Lian, présente à 15 ans quelques malaises avec tendance syncopale ; puis il se porte bien, est auto mobiliste pendant la guerre ; enfin, à 34 ans, il est pris de syncopes après un surmenage physique.

La mort est rarement signalée chez les enfants. On ne saurait toutefois dire que le pronostic est bénin, car la plupart d'entre eux n'ont pas été suivis.

III. — *ARYTHMIES PROPREMENT DITES.*

Elles consistent dans l'irrégularité de la contraction ventriculaire et du pouls. Elles comprennent (Vaquez et Donzelot) :

1° Les *arythmies sinusales et septales.*
2° Les *arythmies extrasystoliques.*
3° Les *arythmies par tachysystolie* et *fibrillation auriculaires.*

1° *Arythmies sinusales et septales.*

Elles sont dues à des variations de l'action de l'appareil automatique ou spécifique du cœur. Elles comprennent deux groupes : les *arythmies en rapport avec les mouvements respiratoires,* les *arythmies indépendantes de ces mouvements.* Ces dernières n'ont guère été étudiées chez les enfants.

ARYTHMIES D'ORIGINE RESPIRATOIRE (*arythmie respiratoire*). — L'arythmie se produit sous l'influence des mouvements respiratoires. Le pouls s'accélère et s'abaisse pendant l'inspiration, surtout à la fin, se ralentit et s'élève pendant l'expiration, surtout à la fin. L'arythmie, tantôt est discrète et apréciable seulement sur les tracés sphygographiques; tantôt est discrète, mais nettement perceptible, surtout quand on fait faire des inspirations lentes et profondes ; souvent elle est exagérée. Le ralentissement expiratoire peut aboutir à une pause passagère ; quand le ralentissement expiratoire l'emporte sur l'accélération inspiratoire, il se produit de la bradycardie.

L'arythmie est *d'origine nerveuse.* Elle est provoquée par la contraction des muscles inspirateurs à la fin de l'inspiration ; celle-ci entraîne une excitation réflexe du poumogastrique et le ralentissement du cœur pendant l'expiration (Wertheimer, Frédéricq).

C'est une *arythmie physiologique,* très commune chez les enfants. On la rencontre chez 85 % des enfants de 5 ou 6 ans, (Ragnar Frieberger), chez 30 à 40 % (James Mackenzie), 50 % (Ragnar-Frieberger) des grands enfants et des jeunes gens. Elle est un des caractères du *pouls infantile.*

Sur 100 écoliers, l'arythmie est perceptible par la méthode graphique chez 37, discrète chez 50, exagée chez 12 (Ragnar Frieberger).

L'arythmie en rapport avec la respiration s'exagère chez les névropathes, dans les états de dépression nerveuse, pendant la convalescence des maladies infectieuses, dans la chorée, la méningite tuberculeuse, etc. Elle peut coexister avec une tachycardie orthostatique exagérée.

Elle n'a pas de signification pathologique. Il faut toujours y songer avant de penser à une arythmie d'autre nature.

Une autre variété d'arythmie d'origine respiratoire est le *pouls paradoxal* (Küssmaul). Elle s'observe parfois dans la respiration normale : il y a diminution d'amplitude et même suppression du pouls pendant l'inspiration, augmentation d'amplitude et légère accélération pendant l'expiration.

Le pouls paradoxal est un phénomène pathologique. Il apparaît dans les symphyses pleurales ou pleuro-péricardiques.

2° *Arythmies extrasystoliques.*

Les arythmies par extra-contractions d'une des cavités du cœur revêtent plusieurs modalités. La plus commune, celle qu'on rencontre presque exclusivement chez les enfants, est l'EXTRASYSTOLE VENTRICULAIRE.

Il se produit une systole prématurée, supplémentaire (*extrasystole*) ; comme toute contraction du myocarde, elle est suivie d'une période réfractaire, pendant laquelle la systole physiologique ne peut avoir lieu, d'où arrêt momentané du cœur et du pouls.

Le plus souvent, les extrasystoles sont *isolées* et *irrégulières.* De temps en temps, un battement du cœur et une pulsation radiale font défaut ; à l'auscultation du cœur, on entend un rythme à trois temps, le bruit surajouté suivant de très près le premier bruit normal.

Plus rarement, on constate des extrasystoles *rythmées* ou *groupées.*

Les extrasystoles ne sont pas rares chez les enfants ; pour Gorter, Murray, H. Bass, elles seraient assez fréquentes ; d'après Visco, elles sont, au contraire, rares (48 cas sur un millier d'enfants).

Chez les enfants, elles restent habituellement occultes et ne s'accompagnent pas des sensations

(1) VAN DEN HEUVEL. *Thèse de Groningue,* 1908.

(2) DE MASSARY et LIAN. Pous lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire avec accidents nerveux tardifs. *Société médicale des hôpitaux de Paris,* janvier 1915.

subjectives (angoisse, vertige, constriction laryngée), plus ou moins pénibles, qu'accusent souvent les adultes.

Les extrasystoles prennent naissance, comme les systoles normales, dans le système automatique du cœur. Elles ont provoquées par un trouble de l'excitabilité du système autonome, provoqué soit par un facteur local, soit par l'excitation du vague ou du sympathique et même des centres nerveux (bulbe, moëlle cervicale).

Les *causes* des extrasystoles sont variées.

1° *Extrasystoles d'origine nerveuse.* — Ce sont les plus fréquentes dans l'enfance, surtout chez les grands enfants et les jeunes gens, neuro-arthritiques, émotifs, surmenés par un travail scolaire exagéré, au moment des examens et des concours, à la suite des maladies infectieuses ; chez ceux qui se masturbent ou se livrent à des excès sexuels.

2° *Extrasystoles d'origine toxique.* — On les constate chez les grands enfants et les jeunes gens qui usent ou abusent du thé, du café, du tabac.

Le salicylate de sodium, la digitale peuvent les provoquer.

3° *Extrasystoles d'origine circulatoire.* — Assez communes chez les adultes, elles sont rares chez les enfants, qui ne présentent guère, comme ceux-ci, d'hypertension artérielle ou d'athérome.

On les rencontre, parfois, dans les néphrites aiguës ou chroniques hypertensives.

4° *Extrasystoles dans les cardiopathies.* — Elles peuvent s'observer dans les syndromes myocardiques et les myocardites des maladies infectieuses : diphtérie, maladie de Bouillaud, etc.

Dans les cardiopathies aiguës ou subaiguës de la maladie de Bouillaud, même dans les formes sévères, elles sont rares chez les enfants. Chez eux, elles ne comportent pas le mauvais pronostic qu'on leur accorde généralement chez les adultes.

3° *Arythmies par tachysystolie et fibrillation auriculaires.*

Ces arythmies ne sont connues que depuis une trentaine d'années. Elles sont dues à des contractions accélérées et régulières des oreillettes avec des systoles ventriculaires moins rapides et soit régulières (*allorythmie*) soit irrégulières (*arythmie*).

Elles sont très rares chez les enfants.

J'en ai observé un cas avec Edouard Pichon (1). Chez une fille de 10 ans, atteinte d'une cardiopathie rhumatismale, avec endocardite mitrale et syndrome myocardique, à évolution subaiguë fébrile. Elle présentait une dyspnée intense avec orthopnée, de la congestion et de l'œdème des poumons ; les électrocardiogrammes décèlent une tachysystolie auriculaire permanente, tendant vers l'arythmie complète par fibrillation auriculaire. Elle meurt rapidement, dans un accès d'étouffement, trois mois après le début de la maladie de Bouillaud. A l'autopsie : le cœur est très gros ; toutes ses cavités sont dilatées surtout l'oreillette gauche ; il existe une endocardite de la mitrale, de la triucrpide, des sigmoïdes aortiques.

(1) P. Nobécourt et E. Pichon. Rhumatisme cardiaque évolutif avec insuffisance auriculaire gauche chez une fille de 10 ans. *Archives de médecine des enfants*, août 1925.

Traitement des troubles du rythme cardiaque

Il diffère suivant la variété présentée par le malade et ne peut reposer que sur un diagnostic précis.

Tachycardies. — Les *tachycardies normotypes* dites *physiologiques*, tachycardies passagères ou habituelles, tachycardie orthostatique, ne demandent pas de thérapeutique cardiaque. Il convient, avant tout, de ne pas inquiéter les parents et l'enfant, de ne pas imposer à ce dernier un genre d'existence spécial.

On donne des conseils pour modifier les états qui peuvent provoquer la tachycardie.

Souvent, il s'agit d'enfants nerveux, présentant de la dystonie neuro-végétative. On règle le genre de vie, le travail scolaire, les exercices physiques, les jeux ; on conseille les séjours et, au besoin, les études dans un climat sédatif ; on prescrit l'hydrothérapie chaude ou tiède (affusions, bains, douches), de la *passiflore*, etc.

S'il s'agit de tachycardie orthostatique, on défend l'immobilité dans la station debout ou assise (en classe), etc., et on ordonne les thérapeutiques indiquées par l'état général.

Les *tachycardies normotypes pathologiques* ou *symptomatiques* comportent, suivant les cas, le traitement de la *maladie fébrile*, de la *maladie de Basedow*, de la *cardiopathie*, etc. Contre la tachycardie de la maladie de Basedow, c'est surtout à la médication de la dystonie neuro-végétative qu'il convient d'avoir recours. Dans les cardiopathies de la maladie de Bouillaud, qui ont toujours une évolution très longue, la tachycardie est une indication du repos au lit ou sur une chaise-longue. L'emploi des médicaments cardiaques n'est indiqué que s'il existe des symptômes d'insuffisance cardiaque.

L'accès de *tachycardie paroxistique auriculo-ventriculaire*, qui est une *tachycardie hétérotyce*, peut être arrêté par divers moyens, mais aucun n'a une action constante (Vaquez et Donzelot).

On conseille (ce qui n'est pas possible de réaliser chez les petits enfants) les inspirations lentes, profondes et l'immobilisation du thorax en inspiration ; le chatouillement du pharynx pour provoque le réflexe nauséeux et même le vomissement ; la compression des globes oculaires pendant quelques minutes. S'il apparait de l'insuffisance cardiaque, la *digitale* ou des injections d'*ouabaïne* (1/8e de milligramme) toutes les douze heures sont indiquées.

Bradycardies. — *Les bradycardies normotypes* ou *totales* comportent le traitement des causes qui les provoquent. *Le pouls lent permanent congé-*

nital par *bradycardie totale* ne comporte pas de traitement ; s'il provoque des accidents, ce qui est très rare, on prescrit la belladone, pour diminuer l'hypervagotonie.

Les *bradycardies hétérotypes permanentes* comportent le traitement du *syndrome de Stokes-Adams.* Au moment des accès, on prescrit l'inhalation de *nitrite d'amyle,* la *belladone* (l'*atropine* n'est pas à conseiller chez l'enfant) et, au dire de certains auteurs, l'*adrénaline.* S'il se produit de l'insuffisance cardiaque, on ordonne la *digitale* ou l'*ouabaïne ;* J. Duken a obtenu une amélioration rapide par l'injection intra-cardiaque d'une solution de glucose à 10 %.

Entre les accès, on institue, s'il y a lieu, un traitement antisyphilitique.

Arythmies proprement dites. — Les *arythmies d'origine respiratoire,* dites *physiologiques,* ne comportent pas d'autre traitement que celui de l'état général ; comme pour les tachycardies, il faut, quand elles ne sont pas liées à une affection déterminée, rassurer les parents et l'enfant et laisser celui-ci mener une existence normale.

Les *arythmies extrasystoliques* comportent rarement un traitement particulier. Eventuellement, on supprime les agents toxiques (tabac), on traite les facteurs nerveux ou l'insuffisance cardiaque.

Arythmies par tachysystolie et fibrillation auriculaires. — Le médicament de choix est la *sulfate de quinidine.* Chez la fille de 10 ans, dont il a été question ci-dessus, l'administration quotidienne de deux comprimés de 0 gr. 20 pendant six jours a déterminé une régularisation du rythme, constatée par l'électrocardiographie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Association corporative des étudiants en médecine de Paris. — *Le Bureau de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris communique :*

M. Mordagne, délégué permanent, expose que :

1° Parmi les médecins-auxiliaires de retour aux armées, deux cents d'entre eux auraient acquis le doctorat en médecine depuis l'époque à laquelle, faisant leur service actif, ils furent nommés à leur grade actuel. Dans ces conditions, l'*Association corporative* interviendra auprès du Ministre de la Guerre pour obtenir la nomination de ces camarades au grade de médecin sous-lieutenant.

2° Pour une autre catégorie de médecins-auxiliaires également rappelés, n'étant pas encore docteurs, mais étant comme les précédents, titulaires de leur grade depuis leur service actif, il y aurait lieu de demander la promotion au grade de médecin-aspirant.

Le Comité de l'*Association corporative,* qui a toujours participé avec succès auprès des Pouvoirs Publics aux démarches qui ont abouti au statut militaire des étudiants en médecine, a décidé de demander à Monsieur le Président Daladier, ministre de la guerre, de bien vouloir favoriser les promotions ci-dessus envisagées.

ETATS D'AVITAMINOSE C OU D'HYPOVITAMINOSE C PAR TROUBLES DIGESTIFS

par M. Max VAUTHEY (de Vichy),
Lauréat de l'Académie de Médecine.

Les avitaminoses et les hypovitaminoses occupent, depuis plusieurs années, une place importante en pathologie, soit qu'elles conditionnent des syndromes ou des manifestations cliniques particulières au niveau de tel ou tel organe ou de tel ou tel système de l'économie, ou bien qu'elles soient conditionnées elles-mêmes dans une certaine mesure par des syndromes divers ou par des troubles fonctionnels au niveau de tel ou tel organe ou système.

Cette double relation possible entre métabolisme vitaminique et fonctionnalité normale ou pathologique peut se rencontrer dans tous les domaines de la médecine ; mais des faits particulièrement intéressants et suggestifs ont été observés en ce qui concerne la *vitamine C,* particulièrement dans ses relations avec la *gastro-entérologie* et la *pathologie digestive.*

Les rapports entre vitamine C et tube digestif peuvent être envisagés à deux points de vue, et cette question se présente à nous sous deux grands aspects :

l'avitaminose ou l'hypovitaminose C par troubles digestifs.

les troubles digestifs par avitaminose ou hypovitaminose C.

En effet, d'une part, la vitamine C, extrêmement instable, — principalement en milieu alcalin, — peut être altérée ou détruite, sa résorption, sa fixation et son utilisation peuvent être troublées en cas de modifications fonctionnelles ou anatomiques au niveau du tractus gastro-intestinal. Ainsi peut s'expliquer a priori l'existence d'avitaminose ou d'hypovitaminose liées à des troubles digestifs.

D'autre part, il existe en gastro-entérologie des syndromes ou des manifestations cliniques, dont la pathogénie est souvent difficile à préciser, et dans lesquelles il est malaisé de démêler l'écheveau des facteurs primitifs ayant permis le développement des altérations sécrétoires ou des troubles moteurs du tube digestif ; de plus, de tels syndromes se caractérisent souvent par leur *résistance aux thérapeutiques habituelles,* leur *persistance* et leur *passage à la chronicité.* Or, la notion d'avitaminose a permis de faire un grand pas dans ce domaine, depuis que les expérimentateurs ont montré la fréquence des troubles digestifs dans les carences. En particulier, il semble qu'il puisse exister chez les malades plus ou moins carencés en vitamine C un véritable facteur biologique capable d'expliquer la genèse des lésions et trou-

bles fonctionnels du tube digestif, leur persistance et leur chronicité.

***

Au cours de la présente étude, nous n'envisagerons que le premier aspect de la question, c'est-à-dire les *états d'avitaminose C par troubles digestifs.*

L'absorption de la vitamine C semble dépendre, dans de larges proportions, de l'état de la muqueuse digestive. Les faits cliniques se multiplient pour confirmer cette thèse ; déjà, au début des recherches sur l'acide ascorbique, les expérimentateurs avaient été obligés de recourir à la voie parentérale, parce que la voie digestive, même à doses énormes, se révélait infidèle chez certains malades.

Cette absorption de la vitamine C est différente à l'état physiologique et dans les états pathologiques du tractus gastro-intestinal.

A. — MÉTABOLISME DE LA VITAMINE C EN CAS DE FONCTIONS GASTRO-INTESTINALES NORMALES. ROLE DES ORGANES DIGESTIFS DANS CE MÉTABOLISME.

1° *Traversée des premiers segments du tube digestif par la vitamine C alimentaire.*

Lorsque les fonctions gastro-intestinales sont normales, il est vraisemblable que la vitamine C alimentaire, — qui est assez stable en milieu acide, — n'est pas détruite, ou du moins très peu, dans l'estomac en raison de l'acidité chlorhydrique du suc gastrique.

Au niveau de l'intestin, dont le suc est alcalin et riche en enzymes, la stabilité de la vitamine C est probablement beaucoup plus faible que dans l'estomac.

Néanmoins, à l'état physiologique, l'oxydation de la vitamine C, qui est facilement réalisée en milieu alcalin, est cependant *fortement empêchée par la bile,* lorsque la sécrétion de cette dernière est normale en qualité et en quantité. La bile joue, en effet, un rôle extrêmement important dans la destinée de la vitamine C dans le tractus digestif. L'expérimentation a démontré que la bile, humaine ou animale, retarde considérablement in vitro l'oxydation de solutions diluées d'acide ascorbique ; elle retarde également la décomposition de l'acide ascorbique dans les jus végétaux. In vivo, la sécrétion biliaire empêche l'oxydation de la vitamine C, réalise sa protection et sa conservation dans le milieu duodénal alcalin, et facilite sa résorption dans les premières parties du grêle.

2° *Localisation et fixation de la vitamine C dans l'intestin grêle.* — L'intestin grêle est l'organe du tube digestif qui fixe électivement la vitamine C et en réalise la localisation et le stockage au niveau des cellules de sa muqueuse.

A l'état normal, cette fixation et cette localisation ont d'abord été démontrées par la *méthode histo-chimique* (localisation au niveau de la muqueuse duodéno-jéjunale et de la muqueuse jéjuno-iléale).

Le *dosage chimique* a confirmé et précisé cette localisation, aussi bien du point de vue topographique que du point de vue histologique.

En ce qui concerne la *localisation topographique,* les constatations faites par Giroud et ses collaborateurs sur le cheval donnent une idée de la répartition de la vitamine C dans les différents segments du tube digestif :

œsophage	2 mgr. 3	par 100 gr.
estomac	7 mgr. 1	par 100 gr.
intestin grêle	17 mgr.	par 100 gr.
gros intestin	6 mgr.	par 100 gr.

En ce qui concerne la *localisation histologique,* la *muqueuse* du grêle, d'après les mêmes auteurs, contient 18 mgr. par 100 gr. et la *musculeuse* du grêle 5 mgr.

Une telle fixation de la vitamine C au niveau de la muqueuse de l'intestin grêle ne semble d'ailleurs pas être seulement le fait d'un simple phénomène de résorption, car cette accumulation dans le grêle est également constatée *même si la vitamine C n'est pas apportée par voie digestive* et si elle l'est, par exemple, par la voie intra-veineuse.

D'autre part, dans les cas de *carence en facteur C,* les dépôts intestinaux, de vitamine C disparaissent peu à peu dans un délai oscillant, suivant les conditions expérimentales, entre 8 et 11 jours. Mais, dès que l'on administre à nouveau de l'acide ascorbique, que ce soit par la bouche ou par voie parentérale, la paroi du grêle reconstitue immédiatement ses dépôts, avant même ceux de tout autre organe, et la vitamine C est stockée en premier lieu dans la paroi intestinale, d'où une certaine partie d'ailleurs est ultérieurement retransmise aux autres lieux de dépôt de l'organisme.

Bien plus, l'on peut envisager *une fonction spéciale du grêle dans le métabolisme de la vitamine C,* et nous voulons rapporter un fait qui éclaire d'un jour nouveau une telle fonction ; c'est le *rôle important joué par le grêle dans la formation des précurseurs primaires aboutissant à la synthèse de la vitamine C.* Un tel rôle a été observé et démontré expérimentalement par l'Américain Zvirbely chez le rat, animal qui est capable de réaliser la synthèse de la vitamine C.

Bien que l'homme n'ait pas le pouvoir de synthétiser la vitamine C, cette notion que le grêle est le lieu où apparaissent pour la première fois dans un organisme les précurseurs primaires de la vitamine C parait avoir une valeur et une portée considérables en pathologie générale ; et, à un point de vue plus étroit, il ne devra pas être perdu de vue chaque fois que l'on étudiera et que l'on cherchera à comprendre les phénomènes qui sont à la base des états d'hypovitaminose C par troubles digestifs.

B. — PHYSIO-PATHOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE L'AVITAMINOSE C PAR TROUBLES DIGESTIFS.

Les processus physio-pathologique qui sont à la base d'une telle avitaminose sont multiples et peuvent réaliser trois modalités de carence, que synthétise le schéma suivant :

1° *Carence d'apport*

a) Carence d'apport absolue.
b) Carence d'apport relative.

2° *Carence d'absorption*

a) par destruction de la vitamine C dans le tube digestif :
1° par modification de la réaction chimique.
2° par modification des sucs et ferments digestifs.
3° par action de la flore microbienne.
b) par diminution de la résorption et de la fixation par la paroi digestive.
c) par accélération du péristaltisme intestinal.

3° *Carence par fonte des réserves ou augmentation des besoins.*

1° *Carence d'apport.*

Citons pour mémoire la *carence d'apport absolue,* qui est réalisée soit par l'*absence totale de vitamine C dans l'alimentation,* soit par l'*anorexie,* particulièrement l'anorexie mentale, qui peut être singulièrement tenace et persistante et durer pendant de longs mois.

En ce qui concerne la *carence d'apport relative,* les facteurs susceptibles de la déterminer sont de deux ordres : en premier lieu, les *vomissements,* particulièrement dans les maladies chroniques à vomissements répétés et dans la grossesse à vomissements incoercibles, tous syndromes qui à la longue finissent par constituer une carence d'apport ; en second lieu, le *déséquilibre de la ration alimentaire,* lorsque les divers éléments de la ration n'existent pas dans les proportions et l'équilibre voulus, réalisant le type des avitaminoses diéto-toxiques de Mouriquand.

2° *Carence d'absorption.*

Plus importante est la carence d'absorption, qui peut être la conséquence de trois ordres de phénomènes :

a) la destruction de la vitamine C dans le tube digestif.
b) la diminution de la résorption et de la fixation par la paroi digestive.
c) l'accélération du péristaltisme intestinal.

a) Destruction de la vitamine C dans le tube digestif. — La destruction ou la stabilité de la vitamine C dans le tractus gastro-intestinal est elle-même fonction de trois ordres de conditions, qui sont toujours plus ou moins intriquées.

1° *Modifications de la réaction chimique.* — En premier lieu interviennent les conditions d'alcalinité et d'acidité du milieu intestinal ; d'une façon générale, l'on peut dire qu'il y a instabilité et tendance à l'oxydation de la vitamine C par *diminution des sécrétions digestives acides* ou par *augmentation des sécrétions digestives alcalines.* C'est ainsi que dans les cas d'*achlorhydrie* ou de *gastrite avec achlorhydrie,* la vitamine C peut être détruite plus facilement ; et effectivement dans ces affections une déficience en vitamine C a été constatée et démontrée par la réponse négative des tests de saturation. Il peut en être de même dans les *diarrhées alcalines,* ainsi que dans le syndrome de *gastro-entérite chronique,* entité nosologique chère aux auteurs allemands.

2° *Modifications des sucs et ferments digestifs* — En outre, l'insuffisance en quantité ou en qualité des divers sucs digestifs doit être envisagée : salive, suc gastrique, bile, suc duodénal, suc intestinal. Mais le facteur le plus important à cet égard est l'*insuffisance de la sécrétion biliaire,* qui rend possible et favorise l'oxydation de la vitamine C et sa destruction dans le milieu intestinal.

3° *Action de la flore microbienne.* — A l'état normal déjà, certaines bactéries intestinales détruisent la vitamine C, mais ce phénomène est considérablement augmenté lorsqu'existe une flore intestinale pathologique. C'est la *Bacterium Coli Commune* et le *Para-typhique B* qui sont les agents les plus fréquents et les plus actifs de cette destruction ; le *streptocoque,* le *staphylocoque,* certaines *levures* agissent également, bien qu'avec une intensité moindre. Une race de colibacille capable de détruire la vitamine C a pu être isolée de la partie supérieure de l'intestin grêle. Un cas clinique rapporté par Marin est particulièrement suggestif à ce point de vue ; il s'agit d'un cas de pré-scorbut avec infection intestinale à colibacille et para-typhique B, dans lequel cette infection conditionna d'abord le développement de l'avitaminose, ensuite l'échec du traitement anti-scorbutique, tant que celui-ci fut administré par la voie buccale.

De plus, chez les *anacides,* l'action destructrice de la flore intestinale pathologique sur la vitamine C serait encore plus marquée, ce qui expliquerait dans de tels cas la gravité plus grande de l'avitaminose. Nous voyons là un exemple de l'intrication fréquente des facteurs pathogéniques de la carence au cours des troubles digestifs.

b) Diminution de la résorption et de la fixation par la paroi digestive. — D'autre part, même si la vitamine C n'a pas été détruite, en partie ou en totalité, dans les premiers segments du tube digestif, il peut exister une diminution du pouvoir de résorption de la vitamine C par la paroi intestinale et une diminution de l'intensité de sa fixation à ce niveau. Pareil phénomène est le fait de certaines altérations histologiques et cytologiques de la muqueuse de l'intestin qui peuvent ainsi être un facteur de carence d'absorption.

c) Accélération du péristaltisme intestinal. — Enfin, il existe un facteur accessoire de carence

d'absorption, c'est l'accélération du péristaltisme du grêle ; cette dernière, même en cas de non-destruction de la vitamine C et de conservation du pouvoir résorbant normal de la paroi digestive, est susceptible d'influencer défavorablement l'absorption de la vitamine C par le fait d'un transit trop rapide du contenu intestinal et d'un contact passager et insuffisant avec les éléments de la muqueuse.

3° *Carence par fonte des réserves ou augmentation des besoins.*

Enfin, il est des cas où l'on ne peut invoquer ni carence d'apport, ni carence d'absorption, et où cependant un état d'hypovitaminose semble lié à des troubles digestifs.

De tels faits peuvent se voir dans les *affections chroniques du tube digestif,* soit qu'elles s'accompagnent d'un *régime trop réduit et trop longtemps suivi* (condition provoquant une fonte des réserves), soit qu'elles s'accompagnent d'*infection* et de *fièvre* (phénomènes provoquant des besoins augmentés en vitamine C).

Il en est de même, dans les états physiologiques ou pathologiques où les besoins sont augmentés. par exemple la *grossesse,* au cours de laquelle l'apparition de troubles digestifs est susceptible de déterminer plus facilement des phénomènes d'hypovitaminose.

***

C. — ETIOLOGIE DE L'AVITAMINOSE C PAR TROUBLES DIGESTIFS.

Quels sont les syndrômes digestifs qui, par l'intermédiaire des processus physio-pathologiques que nous venons d'analyser, peuvent conditionner un état de carence en vitamine C ?

Ce sont d'abord tous les syndromes avec *diminution de la sécrétion chlorhydrique de l'estomac.*

Ce sont également les affections s'accompagnant d'*infection intestinale avec flore microbienne pathologique abondante.*

Un type clinique particulier réunissant ces deux ordres de phénomènes est constitué par le syndrome de *gastro-entérite chronique* ou *catarrhe gastro-intestinal* des auteurs allemands ; à l'achylie gastrique et à une oxydation très intense de la vitamine C alimentaire dans le milieu digestif plus alcalin que normalement, il juxtapose l'infection intestinale, la pullulation microbienne et la destruction de la vitamine C par la flore pathologique, tous phénomènes capables de favoriser et de déclencher un état d'hypovitaminose ou d'avitaminose C.

En troisième lieu jouent les affections s'accompagnant d'*insuffisance et de diminution de la sécrétion biliaire ;* ce sont les affections du foie et des voies biliaires, toutes celles dans lesquelles la fonction biligénique du foie, la fonction de concentration de la vésicule et la fonction d'excrétion des voies biliaires sont troublées ou anormales.

D. — DIAGNOSTIC DE L'AVITAMINOSE C PAR TROUBLES DIGESTIFS.

Au point de vue du diagnostic, deux questions réclament une réponse :

Y a-t-il réellement hypo ou avitaminose C ?

L'hypo ou l'avitaminose C est-elle réellement liée aux troubles digestifs ?

En premier lieu, le diagnostic est fait par les *tests de saturation et de charge,* qui montrent effectivement l'existence d'un état de carence au cours de certains syndromes digestifs. Le test le plus couramment utilisé est celui qui est basé sur la détermination de l'excrétion urinaire des 24 heures après administration de 600 mgr. d'acide ascorbique. Ce test montre très souvent dans les cas qui nous occupent, — par l'absence ou la diminution de l'élimination urinaire de l'acide ascorbique ingéré, — que l'organisme présente un état de privation en vitamine C et se comporte exactement comme un organisme artificiellement carencé en vitamine C.

D'autre part, la *réalisation comparative de deux tests de saturation, l'un avec administration intramusculaire d'acide ascorbique, l'autre avec administration par voie buccale* permettra de confirmer et de préciser ce diagnostic ; en effet, en cas de troubles digestifs ayant conditionné une hypovitaminose C, *le test parentéral donne une réponse de charge normale* et *le test buccal une réponse de carence,* ce qui indique incontestablement qu'il existe un défaut de résorption et d'utilisation de la vitamine C et que celui-ci se situe au niveau de la muqueuse digestive.

Le *double test comparatif de saturation par voie parentérale et par voie buccale* constitue donc le témoin indiscutable de l'existence d'un trouble digestif de la résorption de la vitamine C.

***

E. — PRINCIPES DE TRAITEMENT DE L'AVITAMINOSE C PAR TROUBLES DIGESTIFS.

Un *traitement symptomatique* devra d'abord remédier au défaut d'assimilation digestive de la vitamine C et à la carence qui en est la conséquence ; l'acide ascorbique sera administré par voie parentérale (intra-veineuse ou intra-musculaire) à doses assez fortes (jusqu'à 500 mgr. quotidiens).

Le *traitement étiologique ou causal* comportera un ensemble de prescriptions :

1° Traitement classique par les procédés habituels des syndromes et des troubles digestifs au niveau de l'estomac et de l'intestin. Une place importante sera donnée aux médications destinées à lutter contre les vomissements, contre l'infection et la fièvre, contre les états pathologiques de la muqueuse digestive, tous phénomènes entrant en jeu dans la détermination de l'avitaminose. Enfin, le *régime alimentaire* sera l'objet de soins attentifs et devra être convenablement établi en tenant compte des deux états en cause : état digestif et

état d'hypovitaminose. Tout en étant exactement adapté aux exigences de l'état digestif, il devra réaliser un apport suffisant de vitamine C, avec adjonction au besoin de jus d'orange ou de citron.

2° Freiner les sécrétions digestives qui sont alcalines et exciter celles qui sont acides.

3° Et surtout stimuler énergiquement et électivement la *fonction biliaire du foie* et la *sécrétion de la bile*, qui, — bien qu'alcaline, — possède un *pouvoir particulier de protection de la vitamine C contre l'oxydation et la destruction dans le milieu duodénal.* C'est là l'indication de thérapeutique étiologique la plus importante.

***

En conclusion, il ressort des faits que nous venons d'exposer qu'*une véritable hypo- ou avitaminose C peut être très fréquemment conditionnée par des troubles digestifs.* Les processus physiopathologiques, qui sont à la base de cet état de carence secondaire, sont multiples et divers, et surtout leur caractéristique est une profonde intrication réciproque et un jeu combiné et simultané des différents facteurs. Les tests de charge, et surtout le double test comparatif de saturation entéral-parentéral, permettront un diagnostic précis du trouble de l'assimilation digestive de la vitamine C, et une thérapeutique rationnelle pourra être dirigée en même temps contre les syndromes digestifs primitifs et contre l'avitaminose secondaire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

M. EINHAUSER. — La vitamine C et la gastro-entérite. *Zeit. f. d. ges. experiment. Medizin Berlin*, t98, p. 461-476, 12 mai 1936.

G. GAEHTGENS. — Relations entre la grossesse et les hypovitaminoses d'origine intestinale. *Klin. Woch., Berlin*, t. 16, 27 mars 1937, pp. 444-447.

A. GIROUD et collaborateurs. — Répartition générale de l'acide ascorbique dans l'organisme et déductions. *Bull. Soc. Chimie Biol.* Paris, t. 19, n° 6, juin 1937,

A. GIROUD et C.-P. LEBLOND. — Thérapeutique des avitaminoses C., 25e *Congrès Français de Médecine.* Rapport 3, n° 4, sept. 1938.

D. GLICK et G.-R. BISKIND. — Répartition de la vitamine C dans l'intestin grêle. *Journal of Biological Chemistry*, t. CXIII, n° 2, pp. 427-432, mars 1936.

E. JACOBSEN. — L'intestin lieu de dépôt de l'acide ascorbique. *C. R. Société Biologie*, Paris, t. CXVIII, 1935, pp. 874-876.

E. JACOBSEN. — Dépôt d'acide ascorbique dans les parois intestinales du cobaye. *Acta Med. Scand.*, t. LXXXV, n° 5, pp. 419-424, 4 juin 1935.

W. KLODT. — Influence de la bile sur la résorption de la vitamine C. *Die. Med. Welt Berlin*, t. 10, 4 avril 1936, n° 14, pp. 477-478.

MAHLOU et MULLI. — Sur un rapport entre un trouble de résorption de la vitamine C et la pigmentation pathologique dans la gastro-entérite et l'achylie gastrique. *Münchener Med. Woch.* An. 83, n° 31, 31 juillet 1936, p. 1277.

P. MARIN — Scorbut par destruction bactérienne intestinale de la vitamine C *Minerva Medica Turin*, An. 27, n° 28, 14 juillet 1936, p. 25.

H. SCHROEDER et M. EINHAUSER. — Relations entre un trouble de résorption de la vitamine C et une pigmentation pathologique dans la gastro-entérite et l'achylie gastrique. *Münchener Med. Woch*, t. 83, n° 23, 5 juin 1936, pp. 923-925.

SINGER. — Sur la teneur en vitamine C dans les maladies

de l'estomac et du duodénum. *Wiener Med. Woch.* An. 88, n° 24, 11 juin 1938, p. 661.

W. STEPP. — Déficience vitaminique, cause et conséquence de troubles gastro-intestinaux. *Münchener Med. Woch.*, t. 83, 10 juillet 1936, pp. 1119-1122.

W. STEPP et H. SCHROEDER. — Le sort de la vitamine C dans le tractus digestif. Effet des bactéries intestinales sur la vitamine C. *Klin Woch, Berlin*, t. 14, n° 5, pp. 147-148, 2 fév. 1935.

J.-L. ZVIRBELY. — Effet des régimes et de diverses substances sur la teneur en vitamine C de quelques organes du rat. *American Journ. of Physiology*, t. CXVI, pp. 446-455, 1936.

F. WIDENBAUER. — Echanges de vitamine C chez l'homme dans différentes conditions. *Klin. Woch, Berlin.* t. 16, n° 17, pp. 600-602, 24 avril 1937.

S.-S. ZILVA. — The ascorbic acid content of the intestine of the guinea-pig. *Biochemical Journal*, t. 29, n° 1, pp. 100-101, janvier 1935.

TRAITEMENT DES LEUCORRHÉES

par M. Louis CAILLON,
Médecin de l'Hôpital thermal de Vichy,
ancien chef de laboratoire de l'Institut Pasteur de Tunis.

La Leucorrhée ou pertes ou flueurs blanches (du grec : leukos, blanc et rhein, couler) a été défini : tout écoulement non sanguin, normal ou pathologique, quelle que soit la cause ou l'origine.

Il est donc nécessaire, avant tout, d'éliminer la leucorrhée normale ou physiologique qui ne nécessite aucun traitement, sauf des cas exceptionnels et d'intensité anormale.

Leucorrhée physiologique. — Cet écoulement est en rapport avec les règles :

1° dans l'inter-règles, pendant une période de 7 à 8 jours, ou parfois de quelques heures seulement survient un écoulement analogue à du blanc d'œuf appelé glaires de fécondation et caractérisant la période de fécondabilité de la femme. « Cet écoulement glaireux est dû pour sa plus grande part à la sécrétion des glandes du col sous l'influence de la folliculine circulante » (Séguy).

2° à la fin de cette période, se produit pendant 2 ou 3 jours un écoulement laiteux, ni visqueux, ni gluant, formant un magma constitué par une transudation plasmatique accompagnée d'une desquamation plus ou moins intense des cellules épithéliales du vagin ; il y a une véritable remise à neuf de la muqueuse vaginale qui avait été congestionnée lors de la période précédente.

3° Enfin, durant les quelques jours précédant immédiatement les règles, certaines femmes voient apparaître un écoulement physiologique, liquide, dû à la congestion vaginale prémenstruelle.

Au cours de la grossesse, la leucorrhée physiologique augmente d'intensité ; l'écoulement blanc laiteux, surtout d'origine vaginale est souvent abondant, occasionné par la congestion plus accusée de l'appareil génital.

Au moment de l'excitation sensuelle, il existe une sécrétion de liquide mucoïde venant de la glande de Bartholin.

En résumé, la sécrétion normale comprend :

1° un flux aqueux, alcalin, peu abondant venant du corps utérin.

2° un liquide épais, glaireux et clair comme du blanc d'œuf venant du col.

3° une sécrétion vaginale, laiteuse.

4° un liquide mucoïde, venant des glandes de Bartolin.

La leucorrhée pathologique diffère de la précédente par son abondance, sa durée, sa coloration, sa composition, et les réactions qu'elle provoque.

Elle est symptomatique ou idiopathique.

Symptomatique. — Elle est liée à des infections vaginales (vaginite gonococcique, vaginite à trichomonas) — à des cervicites chroniques — à des lésions utéro-annexielles (métrite, métro-salpingite) — à des néoplasmes utérins.

Idiopathique. — Elle survient au cours d'états qui n'affectent pas l'appareil génital d'une manière primitive, et l'écoulement s'établit sans que la matrice soit malade. Ces leucorrhées, comme d'autres accidents, du reste, offrent des alternances morbides ou des coïcidences évidentes avec d'autres manifestations qui se produisent sous l'influence de troubles généraux de l'économie : asthme, migraines, rhumatisme, goutte, diabète, douleurs, hémorroïdes, gastro-entérocolite, dermatoses, acné, psoriasis, etc... (Dalché).

Enfin, nous ferons une place à part aux *leucorrhée des jeunes filles* et aux *leucorrhées de la ménopause.*

I. — TRAITEMENT DES LEUCORRHÉES SYMPTOMATIQUES.

Leur traitement se confond avec celui de la lésion qui leur donne naissance.

A) Vaginites. — L'écoulement est très abondant, purulent, amenant de l'irritation des organes génitaux externes. La plus fréquente est la vaginite gonococcique, isolée ou associée à la cervicité.

a) *Vaginite gonococcique.* — Un examen bactériologique doit être pratiqué pour toutes les leucorrhées. Il corrobore, en général, l'examen clinique, surtout quand il s'agit d'une gonorrhée au début. On fera les prélèvements dans les lieux d'élection : méat urinaire, orifices glandulaires, et canal cervical pour y rechercher la gonococcique car on ne le retrouve plus dans les pertes d'où il disparaît rapidement, souvent quelques jours après le début de l'infection.

Le traitement consiste en injections d'antiseptiques assez légers comme le permanganate de potasse en solution à 0.15 à 0.25 %. Les injections vaginales ou douches vaginales seront prises en décubitus, avec lenteur et sous faible pression — quand l'injection est terminée, déprimer avec un doigt la fosse naviculaire et la fourchette, pour faire écouler, hors du vagin, les dernières gouttes de liquide.

En même temps, on prescrira des bains émollients et des bains de siège.

Au déclin de l'infection vaginale gonococcique, on a intérêt à remplacer le permanganate dont l'effet est amoindri, par d'autres antiseptiques : oxycyanure de mercure à 1 %°, — acide picrique de 1 à 5 %°, etc...

Ce traitement sera pratiqué souvent à plusieurs reprises en raison des retours de l'infection.

Un traitement spécial local sera nécessaire lorsque le gonocoque aura envahi les glandes (glandes de Skéne, de Bartholin). L'urétrite, la skénite, la folliculite périutréthrale sont traitées avec succès par l'emploi de petits écouvillons, de la grosseur d'une fine allumette, entourés de coton stérilisé, et imbibés soit de nitrate d'argent à 3 %, soit d'argyrol de Barnes à 10 %, moins douloureux, mais peut-être moins efficaces (Netter).

La vaccination, soit in situ, soit en injections sous-cutanées, pourra rendre des services dans des cas tenaces. On la pratique, de préférence, sous la forme d'autovaccins. Pour les leucorrhées microbiennes autres que les leucorrhées gonococciques, on aura recours aux mêmes injections vaginales qu'on pourra alterner avec des solutions astringentes : sulfate de cuivre et sulfate de zinc très étendues à 5/1000.

Dans tous les cas, il faut se méfier d'utiliser trop longtemps des injections antiseptiques qui risquent d'entretenir les pertes par irritation de la muqueuse, et il faut savoir passer assez rapidement à des médicaments adoucissants tels que le bicarbonate de soude ou les infusions de certaines plantes (mauve, camomille, etc...).

La diathermie donne d'excellents résultats, que l'affection soit aiguë ou chronique. L'électrode vaginale permet d'obtenir une température profonde de 44°. On emploie 3000 M. A. pendant 20 minutes 15 à 20 séances, une tous les deux jours.

Les nouveaux traitements chimiothérapiques avec les composés sulfamidés donnent des résultats variables, parfois surprenants, mais nécessitent une surveillance attentive et une grande prudence. Ils ne dispensent pas du traitement local.

b) Vaginites à trichomonas. — « Individualisées depuis peu, elles méritent d'être connues du praticien, car non diagnostiquées, elles risquent de durer indéfiniment. Elles sont caractérisées par une triade symptomatique :

pertes blanches, jaunâtres, crêmeuses et fétides ;
prurit vaginal profond ;
rougeur diffuse de la muqueuse vaginale sans métrite » (Seguy).

Au microscope, à l'examen direct, sans coloration, la trichomonas apparaît avec ses mouvements brusques, avec ses cils vibratiles, à la condition que l'on pratique l'examen dans les dix minutes qui suivent le prélèvement et que l'on opère dans une pièce chaude.

Le traitement se fait avec des ovules à l'arsenic pentavalent, par les comprimés de stovarsol et les injections hypersalines à 25 % de chlorure de sodium ; il doit être poursuivi assez longtemps, car les récidives sont fréquentes.

B. — Cervicités chroniques. — Elles sont à l'origine des leucorrhées épaisses, visqueuses, filantes, particulièrement rebelles. Les pertes glaireuses sont caractéristiques d'une lésion endocervicale. L'écoulement peut ne se produire qu'au moment d'un effort (miction, défécation) sous la forme d'un paquet de mucus glaireux purulent qui tombe dans le linge de la malade.

Cette endocervicite chronique peut être due à l'infection gonococcique, mais le gonocoque est difficile à mettre en évidence. Le plus souvent, on trouve des microbes variés, sans caractère spécifique (staphylocoques, streptocoques, colibacilles).

Ces leucorrhées nécessitent un traitement spécial très délicat devant être réservé au médecin ayant une grande pratique gynécologique. Le traitement consiste en applications intra-cervicales de crayon de Filhos — et en cautérisation par diathermo-coagulation intracervicale.

C. — Cancer. Ecoulement ichoreux à odeur forte. Métrites séniles. — En dehors du traitement chirurgical ou du traitement curiethérapique, lorsqu'ils sont indiqués, il est nécessaire de combattre énergiquement ces écoulements, qui présentent de multiples inconvénients, sans parler de leur odeur fétide, ils provoquent une irritation permanente du vagin, de la vulve et des parties voisines ; d'autre part, leur rétention au niveau des surfaces ulcérées contribue à entretenir une intoxication.

On utilise dans ces cas de leucorrhées fétides les pansements à l'érythrol, les irrigations vaginales à la solution de Labarraque à raison de une ou deux cuillerées à soupe par litre d'eau. Mais l'antiseptique qui donne les résultats les plus rapides est, sans conteste, l'aldéhyde formique en solution savonneuse ou Lusoforme. Ce produit représente le moyen pratique d'utiliser le formol sans ses inconvénients habituels, sa réaction légèrement alcaline augmente encore son pouvoir bactéricide et désodorisant, en permettant la dissolution des concrétions muqueuses et dépôts d'origine catarrhale enveloppant et protégeant les bactéries. On prescrit une injection matin et soir, à faible pression, avec deux litres d'eau bouillie additionnée de deux cuillerées à café de Lusoforme, en recommandant de procéder avec précaution pour éviter tout choc de la canule rigide contre une paroi fragile.

En dehors de l'épithelioma utérin, les injections de Lusoforme seront utilisées dans la *métrite sénile* où la leucorrhée est abondante, après *l'emploi prolongé de pessaires,* de même à la suite d'hystérectomies vaginales, après des amputations du col quand les pertes fétides accompagnent l'élimination des débris sphacélés.

II. — Leucorrhées idiopathiques.

Le fait d'attribuer sans cesse une foule de malaises à distance aux altérations du système génital a produit une réaction en sens inverse, en exa-

gérant l'influence de l'organisme sur l'appareil sexuel. La vérité est dans une juste mesure. Mais retenons que tout traitement de leucorrhée doit être précédé d'un examen général aussi bien que d'un examen génital complet.

Citons les affections les plus communes dont le retentissement sur l'appareil génital se traduit par de la leucorrhée. La médication de la maladie génératrice doit être instituée dès le début, en même temps que le traitement local, qui, appliqué seul, resterait impuissant :

Parmi les affections des voies digestives : la constipation, parfois la suppression d'une diarrhée, certaines poussées de colite, et surtout l'entéroptose s'accompagnant fréquemment de leucorrhée.

Les affections des reins sont très souvent liées à un état leucorrheique ; d'ailleurs peu d'organes prêtent à la confusion plus que le rein ; utérus et reins réagissent facilement l'un sur l'autre, donnant lieu à un état pathologique complexe nécessitant un diagnostic délicat.

Les manifestations diathésiques qui sont à la base de leucorrhée dites goutteuses, arthritiques, etc... sont multiples ; goutte, rhumatisme chronique, herpétisme, diabète, obésité.

Le traitement local ne sera jamais négligé. « La Leucorrhée est, on peut dire, l'éternel symptôme dont se plaint le plus grand nombre de malades, et il est nécessaire d'intervenir localement pour diminuer, tout au moins, les inconvénients réels de cet état en attendant les effets de la médication générale » (Dalché).

On conseillera, matin et soir, une injection vaginale lente dans la situation couchée, du mélange suivant, à la température de 35° à 40° et 45° :

Eau bouillie à 45°...... 2 litres.
Tanin.................. 2 cuillerées à café.
Laudanum de Sydenham L X gouttes.

Dans le cas de leucorrhée tenace, on alternera une de ces injections avec une injection au Lusoforme (2 cuillerées à café dans deux litres d'eau à 42°).

III. — Leucorrhées de la puberté et de la ménopause.

A) Leucorrhée de la puberté. — « De tous les accidents génitaux de la puberté, le plus fréquent et le plus précoce est la *leucorrhée* » (Dalché). Elle est sous la dépendance de l'état fluxionnaire qui accompagne l'évolution de la matrice et qui provoque une hypersécrétion de la muqueuse. L'écoulement leucorrhéique, qui précède pendant des jours, des semaines et même des mois, l'éruption des premières règles, se rencontre principalement chez les lymphatiques, les scrofuleuses, ou les jeunes filles dont l'état général est débile, ainsi que chez des filles robustes dont la peau et les muqueuses secrètent beaucoup (diathèse exsudative). On peut comparer ces leucorrhées à la sudation exagérée, à l'hyperhydrose. Elles deviennent quelquefois assez abondantes pour créer une cause de fatigue : en tous cas, elles entretiennent une inflammation locale dont les suites restent fâcheuses à divers points de vue. Enfin, ces pertes peuvent être parfois sous la dépendance d'états pathologiques de l'appareil sexuel qu'il s'agira de dépister (catarrhe de l'endometrium cervical, ectropion véritable).

Les pertes blanches de la jeune fille sont liquides, transparentes, filantes ou visqueuses par hypersécrétion vaginale ou cervicale. Elles peuvent aussi se présenter sous l'aspect de leucorrhée grasse (smegma), en grumeaux caséeux, par desquamation excessive des cellules vaginales.

On traitera avant tout l'état général : lymphathisme, anémie, neuro-arthritisme, etc... On conseillera le fer, l'arsenic, l'héliothérapie, l'hydrothérapie, etc... et, dans certains cas, le mariage.

Comme traitement local, on conseille d'abord des lotions à l'eau bouillie tiède et l'isolement des surfaces avec la poudre de talc. Les soins de propreté les plus minutieux n'amenant pas d'amélioration, il faut avoir recours à des lavages avec de la décoction de feuilles de roses de Provins ou de feuilles de noyer (10 à 20 grs. par litre d'eau), avec l'émulsion coaltarée du Codex, à la dose d'une ou deux cuillerées à soupe par litre d'eau.

Si les pertes prennent un caractère nettement muco-purulent, on prescrira des lotions tièdes avec la solution suivante :

Sulfate de zinc à 1 gr. 50
Sulfate de cuivre à 1 gr. 50
Eau bouillie, 1 litre
Essence de Winter-green, 4 gouttes
F.S.A. solution.

Les lavages répétés sur le bidet avec de l'eau tiède additionnée de 4 à 10 gouttes d'extrait de Saturne et de XL à L gouttes de laudanum, pour deux litres environ, donne parfois d'excellents résultats.

Les organes génitaux externes seront largement saupoudrés d'un mélange à la fois absorbant et antiseptique :

Poudre de talc, 20 grs.
Sous-nitrate de bismuth à 5 grs.
Salol à 5 grs., mêlés avec soin.

Des pertes épaisses, l'inflammation de toutes les parties nécessitent, malgré des répugnances bien naturelles, des injections vaginales. On obtient de bons résultats avec la décoction de feuilles d'Eucalyptus (à 10/1000) à laquelle on ajoute une cuillerée à soupe de bicarbonate de soude par litre d'eau, comme avec la décoction de feuilles de Ficaire (à 10/1000). Au besoin, on aura recours aux injections avec de l'eau bouillie et chauffée à 38°-40°, additionnée par litre d'eau d'une cuillerée à café d'acide tannique et de 30 gouttes de Laudanum, ou encore d'une cuillerée à soupe de liqueur de Labarraque, ou d'une cuillerée à café de Lusoforme. Comme traitement interne, on conseillera les granules d'hélénine (6 par jour) par périodes de 10 jours.

Il faut toujours songer à la possibilité de la leucorrhée blennorragique, plus fréquente qu'on

ne le croyait autrefois, et qu'un examen microscopique mettra en évidence.

B) Leucorrhée de la ménopause. — « La leucorrhée, dit Dalché, se produit à la ménopause, ou s'exagère quand elle existait déjà, chez presque toutes les femmes ». Ces pertes apparaissent sous l'influence de plusieurs causes :

a) tantôt elles sont dues à une simple hypersécrétion de la muqueuse qui provient de l'état fluxionnaire de tout l'appareil génital.

b) tantôt elles suppléent la menstruation qui fait défaut : ce sont de véritables règles blanches. Il se fait tous les mois, au moment des règles, au niveau de la muqueuse utérine, une crise d'élimination. Dans certaines conditions, une leucorrhée « remplace ou complète cette déplétion menstruelle », véritable défense de l'organisme pour évacuer spontanément des toxines et des globules blancs détruits.

c) elles résultent d'affection utéro-ovariennes aggravées par la congestion de la ménopause.

d) elles dépendent de la *vaginite sénile,* qui donne naissance à un écoulement séro-purulent ou teinté de sang et parfois d'odeur fétide.

e) on observe des *vulvites* isolées sur des obèses, des femmes sujettes à l'intertrigo, dans tous les cas où une invasion saprophytique est favorisée par l'état congestif de la région.

f) les pertes blanches reconnaissent enfin toutes les causes des fausses utérines.

La leucorrhée, lorsqu'elle dépend d'une poussée ou d'un état fluxionnaire, sera maîtrisée par *l'extrait hypophysaire,* à la dose quotidienne de deux à trois cachets, dosés chacun à dix centigrammes ; de plus, on appliquera à l'aide d'un spéculum, un ou plusieurs tampons d'ouate hydrophile imbibés d'un mélange suivant :

Acide lactique	3 grs
Glycérine	100 »

F.S.A. mixture (Paul Dalché).

Le tampon est laissé en place pendant un jour environ, et nous recommençons en moyenne tous les quatre ou huit jours. Dans l'intervalle, on conseille de grandes irrigations d'eau tiède additionnée d'une cuillerée à soupe de bicarbonate de soude par litre d'eau, ou des irrigations avec de la décoction de feuilles d'eucalyptus ou de ficaires. Enfin, on aura recours dans les cas tenaces et fétides aux injections de solution de Lusoforme (2 cuillerées à café par 2 litres d'eau). La diathermie rendra des services.

Le traitement général de la ménopause comporte en dehors des prescriptions d'hygiène générale, un traitement médicamenteux s'adressant aux troubles circulatoires et nerveux (cratoegus, bromures, iodures, etc.) et aux troubles du suffisances glandulaires (opothérapies).

Traitement hydro-minéral.

Nous ne pouvons terminer cet exposé sans parler du traitement hydrologique qui doit être mis souvent en premier rang dans la thérapeutique des leucorrhées.

Pour les écoulements leucorrhéiques qui sont sous la dépendance d'une lésion utérine ou annexielle, le traitement hydrologique se confond avec celui de la maladie causale :

Pour les écoulements qui reconnaissent comme causse essentielle ou tout au moins comme condition aggravante, une maladie générale ou un état diathésique, tels que la chlorose, l'anémie, le lymphatisme, l'herpétisme, l'arthritisme, etc... C'est, évidemment, l'état général qui fournira la principale indication du traitement hydrominéral.

Les eaux salées, Salies de Béarn, Salins-Moutiers, Salins du Jura, Biarritz pour les lymphatiques, les anémiées.

Les eaux sulfureuses — Saint-Sauveur, Eaux-Chaudes, etc... pour les vaginites, les métrites.

Les eaux alcalines — Vichy, pour les arthritiques avec tendance à l'obésité, à la glycosurie.

Les eaux arsénicales — La Bourboule — Saint-Nectaire pour la puberté, chez les anémiées.

Les eaux ferrugineuses — Orezza — Bussang — Evaux pour les anémiques.

Les eaux ferro-manganésiennes — Luxeuil pour les métrites, chez les arthritiques, les nerveuses.

CONGRÈS

XVIe Congrès International d'hydrologie, de climatologie et de géologie médicales, Strasbourg (faculté de médecine) 8, 9, 10 et 11 octobre 1939.

Bureau du Congrès. — Présidents : M. le Professeur Danjon, doyen de la Faculté des Sciences ; Monsieur le Professeur Sartory, doyen de la Faculté de Pharmacie ; Monsieur le Professeur Forster, doyen de la Faculté de Médecine.

Secrétaire général : M. le Professeur Vaucher, Institut d'Hydrologie et de Climatologie, 1, place de l'Hôpital, Strasbourg.

Secrétaire Général-Adjoint permanent : Docteur F. Françon (Aix-les-Bains), 55, rue des Mathurins, Paris (8e).

Secrétaires Généraux-Adjoints : Mlle le Docteur Jeanne Bruner, Assistante à l'Institut d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie, 1, place de l'Hôpital, Strasbourg ; M. le Docteur A. Jacob, Chef de Clinique, Clinique Médicale A, 1, place de l'Hôpital, Strasbourg.

Rapports. — I. — Rapport d'Hydrologie thérapeutique : Le traitement hydrominéral des Dermatoses : Professeur Pautrier (Strasbourg) Clinique Dermatologique, Hôpital Civil. Docteur Flurin (Cauterets).

II. — Rapport d'Hydrologie : Perméabilité et eaux minérales : Professeurs Dodel et Dastugue (Clermont-Ferrand).

III. — Rapport de Climatologie : Indications et contre-indications des sports d'hiver : Professeur Piery (Lyon).

IV. — Rapport de Géologie : Les eaux minérales des régions pétrolifères : Monsieur Schneegans, professeur à l'Ecole Nationale Supérieure du Pétrole et des Combustibles Liquides (Strasbourg).

V. — Evolution de l'outillage thermal français pendant les 20 dernières années : Monsieur Urbain, Maître de Recherches, Chef de Travaux à l'Institut d'Hydrologie de Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire Général, à Strasbourg.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 12 AVRIL 1939

De l'existence d'un antagonisme entre la thyroxine et les vitamines. — Mlle A. M. DE LA BERNARDIE.

Perte totale de l'action pathogène de B. typhi murium, administré par voie buccale, après culture prolongée dans des milieux lécithinés. — MM. BARUCH SAMUEL LEVIN et LÉO OLITZKI.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1939

Etude expérimentale de l'influence biologique d'un séjour prolongé à l'altitude. Les modifications sanguines. — MM. MARIUS PIÉRY, JEAN ENSELME, Mlle JULIETTE ENSELME et M. CARLES PESCHIERA.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 2 MAI 1939.

L'anatoxine tétanique. — M. G. RAMON.

Grâce à l'enchaînement des recherches poursuivies, au cours de ces quinze dernières années, et dont le point de départ a été la découverte de l'anatoxine tétanique, des méthodes nouvelles de prophylaxie et de traitements spécifiques de la toxi-infection tétanique ont été créées : *vaccination antitétanique* proprement dite, *vaccinations associées, séro-vaccination, séro-anatoxithérapie, prévention d'urgence au moyen des solutions d'antitoxine.* Chacune d'elles a ses indications et sa posologie propres.

La vaccination antitétanique proprement dite, trouve son application chez les individus et dans les collectivités particulièrement exposées à l'infection tétanique. L'immunité active engendrée par l'anatoxine tétanique est, en effet, capable d'assurer une protection permanente contre les risques plus ou moins lointains du tétanos. Sa valeur est affirmée par les nombreuses constatations faites à l'étranger comme en France.

La vaccination antitétanique peut être grandement facilitée dans sa diffusion par l'emploi du procédé des *vaccinations associées,* grâce auquel on peut unir l'anatoxine tétanique à un ou plusieurs vaccins déjà couramment utilisés par exemple l'anatoxine diphtérique, le vaccin antityphoïdique. La vaccination par l'anatoxine tétanique selon la formule des vaccinations associées permet de réaliser, dans les meilleures conditions, la prophylaxie systématique, individuelle et collective du tétanos dans l'espèce humaine. Cette formule est appliquée dans l'armée française depuis plusieurs années, elle vient d'être adoptée par certaines armées étrangères.

La séro-vaccination par l'injection simultanée de sérum antitétanique et d'anatoxine spécifique suivie de plusieurs injections de celle-ci, en fournissant a possibilité de faire succéder sans interruption, l'immunité active à l'immunité passive assurera le blessé (non encore vacciné) contre le risque immédiat ou éloigné de tétanos.

La séro-anatoxithérapie du tétanos déclaré qui consiste à injecter au malade une dose unique et massive de sérum antitétanique et des doses renouvelées d'anatoxine est capable à la fois de contribuer à la guérison et de mettre le sujet guéri à l'abri des rechutes et récidives.

La pratique de la *vaccination à l'aide de l'anatoxine tétanique,* chez les animaux domestiques et en particulier chez le cheval, a fourni l'occasion d'administrer les preuves indiscutables de l'efficacité de cette vaccination à l'égard de la toxi-infection tétanique. C'est ainsi que dans les effectifs de la cavalerie de l'armée française où elle a été appliquée depuis dix ans, le tétanos a disparu. Cette pratique a eu une autre conséquence : elle a permis d'obtenir, chez le cheval, grâce à des *techniques d'immunisation et d'hypérimmunisation entièrement rénovées une production rapide et intensive du sérum antitétanique* destiné à l'usage thérapeutique. L'obtention de ce sérum possédant un pouvoir antitoxique très élevé inconnu jusqu'alors, a donné la possibilité de préparer de véritables « *solutions d'antitoxine tétanique* » pauvres en protéines, dont l'emploi semble capable d'entraîner une diminution très sensible de la fréquence et de la gravité des *accidents sériques.*

Aviateurs et alcool. — M. G. MILIAN.

Les défectuosités de construction des avions ne sont peut-être pas la seule cause des nombreux accidents d'aviation qui endeuillent chaque jour la France et son armée.

M. Milian pense que dans certains cas, l'acoolisme pourrait être mis en cause. Il attire l'attention sur les dangers que l'intoxication alcoolique, sous toutes ses formes, et à tous ses degrés peut faire courir aux aviateurs.

Utilisation thérapeutiques des sels insolubles de calcium formés in situ. — MM. René VINCENT et Henri CHAUCHARD rendent compte des utilisations qu'ils ont faites en médecine générale des propriétés thérapeutiques des sels insolubles de calcium appliqués par l'un d'eux dans le traitement de la pyorrhée.

Dans la pyorrhée, ces sels font disparaître tout d'abord les signes cliniques de l'infection, puis amènent un cal qui fixe et immobilise les dents ébranlées.

Dans les plaies et brûlures, ils activent le processus cicatriciel et réduisent de 50 % le temps habituel de cicatrisation.

Dans les plaies atones, ulcères, radiodermites, radionécroses où le praticien est pratiquement désarmé, ils régénèrent dans un temps record l'activité cellulaire et provoquent la cicatrisation des cas réputés incurables.

Injectés dans les métastases cutanées cancéreuses, ils produisent un ramollissement de la tumeur qui élimine la matière cancéreuse comme un bourbillon.

Election d'un membre titulaire dans la 6e section (Pharmacie). — Classement des candidats. En première ligne : M. Hérissey. En seconde ligne, ex-æquo, et par ordre alphabétique : MM. Bailly, Choay, Delange, Fabre et Launoy.

Au premier tour de scrutin, M. HÉRISSEY, professeur à la Faculté de Pharmacie de Paris, est élu par 60 voix sur 70 votants. M. René Fabre obtient 7 voix, M. Launoy, 3 voix.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU MERCREDI 22 MARS 1939

Iléite terminale aiguë primitive chez un enfant de 3 ans. — Observation de M. Negret rapportée par M. A. Mouchet. Il s'est agi, semble-t-il d'une entérite segmentaire à forme gangréneuse traitée par résection intestinale ; guérison.

Orchidopexie transseptale sans plaie scrotale. — Modification de la technique d'Ombredanne proposée par M. Pellé. Rapport de M. Chevassu.

Traitement des plaies du genou et danger de la suture primitive dans les traumatismes ouverts du temps de paix. — M. Picot s'élève contre les faits apportés récemment par M. Desplas et estime que les observations rapportées sont celles de sutures primitives mal faites ; une articulation fermée se défend admirablement contre l'infection.

M. Sorrel s'étonne des critiques qui ont été faites à la conduite tenue par M. Querneau dans les deux observations rapportées par M. Basset ; il ne semble pas en tout cas que lorsqu'une articulation est infectée, l'ankylose soit fatale. En revanche, la fermeture primitive d'une articulation expose à des dangers graves. On ne possède pas, en effet, de critérium permettant d'affirmer qu'on a désinfecté parfaitement une plaie articulaire.

M. Moure estime qu'une conduite uniforme ne saurait être de mise en présence des plaies ouvertes des membres. Un excès de prudence n'est pas blâmable ; l'utilité de prélèvements systématiques en vue d'un examen bactériologique apparait d'un intérêt discutable à M. Moure.

M. de Fourmestreaux dont la pratique hospitalière est considérable utilise aussi largement que possible la suture primitive.

M. Ameline a eu l'occasion de faire 31 sutures primitives sans aucun incident, mais il en limite les indications aux plaies relativement superficielles, pas trop étendues et traitées précocément.

Tumeurs de la parotide. — MM. J.-L. Roux-Berger et Jadlovkec ont eu l'occasion de traiter 55 tumeurs de la parotide. Les auteurs s'élèvent contre l'énucléation dans le traitement des tumeurs mixtes ; tous les cas traités de cette façon ont récédivé et M. Roux-Berger estime qu'il ne faut plus pratiquer cette intervention et faire systématiquement la parotidectomie d'après la technique de P. Duval.

Dans 13 cas, il s'agissait de tumeurs malignes, toutes développées sur des anciennes tumeurs mixtes ; le pronostic apparaît comme sombre quel que soit le traitement effectué.

M. Hartmann a observé des cas de tumeurs mixtes énucléées qui n'ont pas récidivé.

M. Moulonguet insiste sur la difficulté du diagnostic clinique de tumeur mixte de la parotide.

M. Cunéo estime que l'énécluation est en effet une mauvaise opération ; on peut passer au large de la tumeur sans faire une parotidectomie large et totale.

Présentation de malade : traumatisme du coude. — M. Basset.

SÉANCE DU 29 MARS 1939

A propos du traitement des tumeurs mixtes. — M. Hartmann revient sur la communication de M. Roux-Berger ; ayant consulté différentes statistiques étrangères, il a constaté que malgré l'existence indiscutable de récidives à longue échéance, celles-ci s'avèrent comme peu fréquentes.

A propos de l'orchidopexie sans incision transcrotale. — M. Kuss précise la technique qu'il utilise depuis de longues années avec toute satisfaction.

Infarctus utéro-ovarien et nécrose d'un fibrome par injection intra-utérine de permanganate de potasse. — M. Moulonguet fait un rapport sur cette observation adressée par MM. Cabanié, Decrop et Mlle Lafforêt.

Sur les volvulus de la vésicale biliaire. — Rapport de M. Brocq sur une observation adressée par MM. Pilven et Siméon. Les auteurs ont précisé à ce sujet la disposition du péritoine autour de la vésicule, ce qui permettrait d'en envisager le mécanisme.

Contusion rénale grave avec hématurie et intervalle libre. Indications opératoires. — Observation de M. Ducastaing rapportée par M. Gouverneur. L'intérêt de cette observation réside dans l'existence d'une phase d'intervalle libre entre deux hématuries ; la deuxième hématurie s'accompagnant de signes inquiétants d'hémorragie interne, on intervient d'urgence ; Neplrectomie qui montre une large déchirure du rein. Guérison.

A propos de cette observation, M. Gouverneur attire tout d'abord l'attention sur les réactions péritonéales au cours des contusions du rein. Il rappelle un certain nombre d'observations au cours desquelles fut observée une hématurie retardée (au bout de 4 ou 6 jours).

Les indications opératoires sont difficiles à établir ; il faut attacher, semble-t-il, une certaine importance à la persistance et à la récidive de l'hématurie surtout lorsqu'elle s'accompagne de signes d'hémorragie interne.

Un cas d'occlusion typhique. — Observation de M. Curtillet rapportée par M. Okinczyc. On peut se demander si l'occlusion n'est pas secondaire à une péritonite localisée secondaire elle-même à une perforation obturée spontanément. Une iléostomie faite sans anasthésie locale amène la guérison du sujet.

A propos des anastomoses bilio-digestives. — Clôture de la discussion par M. Brocq.

Il semble que parmi les causes essentielles de l'infection ascendante au cours d'une émastomose bilio-digestive, il faille retenir : la lésion pour laquelle a été faite l'anastomose, le rétrécissement de la bouche anastomotique ; le reflux biliodigestif n'interviendrait que dans des cas spéciaux assez rares.

Les anastomoses de la vésicule paraissent échapper le plus souvent à l'infection ascendante.

Parmi les procédés d'anastomose sur la voie biliaire principale, M. Brocq retient surtout l'anastomose cholédoco-duodénale, lactéro-latérale et l'implantation cholédoco-duodénale.

M. Brocq précise les indications de chacun de ces procédés.

Extirpation des cancers du col de l'utérus par abdomino-périnéale. — MM. Fruchaud et Goyer.

Les auteurs insistent tout d'abord sur les caractères des récidives locales dont l'aspect fait penser qu'il faut élargir l'exérèse chirurgicale ou les irradiations par radium utéro-vaginal. M. Fruchaud se range à l'opinion de M. Leveuf sur la nécessité d'une ablation du ganglion principal de l'utérus et des traînées cellulo-lymphatiques adjacentes.

Les auteurs ont mis au point une technique d'évidement du tissu cellulaire sous péritonéal du petit bassin qui est calqué sur la technique des exérèses du cancer du rectum par voie abdomino-périnéale.

Fistule duodénale consécutive à une cholécystectomie. Guérison par aspiration continue au niveau du trajet fistuleux. — M. H. Welti.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1939

A propos des occlusions du grêle au cours de la fièvre typhoïde. — M. Alglave en rapporte une observation.

A propos du traitement des plaies articulaires. — M. Marquis fait un plaidoyer en faveur de la fermeture primitive ; l'excision non suivie de fermeture expose fatalement à l'infection secondaire à l'occasion des pansements.

M. Métivet revient sur le même sujet.

Epithélioma du jéjunum perforé en péritoine libre. Résection large. Survie. — M. Sénèque fait un rapport sur cette observation adressée par M. Salmon. Il s'agissait d'un syndrome abdominal aigu pour lequel on intervient d'urgence avec le diagnostic de perforation ; l'intervention montre qu'il s'agit d'un épithéliom a perforé du grêle qu'on traite d'emblée pour résection suivie d'anastomose termino-terminale. Des cas analogues sont rares et M. Sénèque les rappelle brièvement.

Facteurs étiologiques des grossesses tubaires extra utérines. — Rapport de M. Okinczyc sur une observation de M. A. Dias ; il s'agissait d'une femme opérée auparavant de kyste, l'ovaire traité par décapsulation.

M. Métivet a observé un cas de grossesse extra utérine après salpingostomie.

Myosite crurale. — Rapport de M. Wilmoth sur un travail de M. Luzuy. Il s'agissait d'un homme au passé pathologique chargé (arthride de la hanche, abcès de la racine de la cuisse, pyonéphrose) qui est vu pour une collection du quadriceps et une tuméfaction des adducteurs. A l'intervention, excision large des adducteurs. Les auteurs discutent l'origine de cette myosite chronique developpée au voisinage d'une ostéite chronique du fémur.

Kyste du grand épiploon. — Travail de MM. Brette et Duval rapporté par M. Fèvre ; à l'intervention, ce kyste se révèle être un lymphangiome kystique.

Traitement des fractures du col du fémur par l'enchevillement sous cutané. — M. Richard rapporte ce travail dû à M. Gruca, basé sur 28 observations ; la 1re série comporte 8 cas traités par ostéosynthèse au moyen d'une broche de Steinmann, noyée dans un plâtre pelvi crural ; la broche était enlevée au bout de trois semaines. Tous ces cas ont consolidé, mais ce procédé présente des inconvénients indéniables.

Dans une dernière série, M. Gruca utilise le clou de Smith Petersen, mis en place au moyen d'un appareil portant des broches ; les résultats de cette dernière série sont trop récents pour qu'on puisse en tenir compte.

M. Mathieu s'étonne de voir mettre en discussion la méthode de traitement des fractures ; l'intérêt de la question réside dans l'étude des échecs et de leurs causes.

De l'importance de l'examen du fond d'œil dans les traumatismes cérébraux. — M. D. Férey insiste sur l'intérêt de l'étude de la pupille pour préciser le côté lésé et les indications opératoires ; dans une première observation, un hématome extra dural est décelé grâce à une stose papillaire unilatérale, trépanation. Guérison.

Dans un 2e cas, il s'agit d'une fracture en étoile du frontal au niveau du fond d'œil gauche œdème de la papille ; épanchement sous et extra dural gauche. Guérison après trépanation.

M. de Martel considère que l'œdème de la papille traduit simplement un état de tension du liquide céphalo-rachidien, mais sa valeur est minime chez les gens âgés ; passé 50 ans, ce symptôme peut manquer.

D'autre part, œdème de la papille ne constitue pas une indication opératoire formelle.

M. Petit-Dutaillis estime que la valeur topographique de la stase unilatérale de la papille est discutable ; il préfère avoir recours à des trous de trépan pour vérifier l'état de la dure mère.

A propos de la fermeture intra-péritonéale des anus contre nature. Statistique. — M. P. Duval apporte le complément de sa statistique allant de 1929 à 1939 : 41 cas avec 2 mertes et une fistule colique secondaire. Ceci n'enlève d'ailleurs rien à la valeur de la méthode.

REVUE DES THÈSES

NÉPHRITES
PAR INHALATION DE TÉTRACHLORURE DE CARBONE
par André DOMART, ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Dans son introduction, l'auteur prend soin de déclarer que le *tétrachlorure de carbone a été considéré pendant des années comme très peu toxique,* mais que sa toxicité a été reconnue du fait de l'extension de ses applications médicales et industrielles.

C'est même *récemment* que les accidents rénaux ont été soumis à l'étude. D'où cette thèse dont l'idée est née dans le service de Pasteur Vallery-Radot à la suite de quelques cas observés par le maître et son interne en 1937. Il résulte des observations recherchées antérieurement à cette date que des hépato-néphrites de cette nature n'ont pour ainsi dire été connues que *depuis* 1923. En parcourant ces observations, on se rend compte de la difficulté de porter un pronostic en présence de la gravité des accidents ; tout dépend de la sensibilité plus ou moins grande du sujet intoxiqué par les vapeurs de tétrachlorure de carbone. Domart constate que le pronostic immédiat dépendrait plutôt du taux de la concentration uréique des urines quand se rétablit la diurèse.

Une expérimentation très poussée sur l'animal a permis à Domart d'apporter des notions nouvelles sur la maladie étudiée par lui : l'intoxication aiguë du lapin par le tétrachlorure de carbone lui cause une hépatonéphrite, aux œdèmes près, qui peut être mise en parallèle avec celle de l'homme. L'étude anatomo-pathologique du rein et du foie est très complète dans ces recherches.

La guérison des accidents aigus est la règle ; elle semble se faire *sans atteinte permanente de la fonction rénale.* Deux types de formes peuvent être observés, les formes hépatiques pures à évolution favorable, et les formes rénales pures qui ont le pronostic des formes hépato-rénales.

La thèse de Domart constitue un travail très sérieux qui permettra au chercheur et au clinicien de se documenter sur une maladie assez peu connue jusqu'à ce jour.

MAURICE MORDAGNE.

(1) Thèse de Paris, un vol. gr. in-8°, de 226 pages. Librairie Le François, Paris, 1938.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 8 mars. — Jury : MM. Baudouin, Clerc, Troisier, Donzelot. — M. COSTE. Anorexie mentale et troubles endocriniens. — M. GRAVERON. Traitement des anémies graves par des extraits gastriques injectables. — M. FRANÇOIS. Contribution à l'étude de la primo-infection et de la primo-manifestation en tuberculose.

Jeudi 9 mars. — Jury : MM. Carnot, Claude, Laignel-Lavastine, Henri Bénard. — M. HAAS. Les psychoses puerpérales (signes, pronostic et traitement). — M. GAUDET. Manie chronique et états maniaques chroniques.

Samedi 11 mars. — Jury : MM. Gougerot, Lenormant, Tanon, Chevallier. — M. HÉBERT. Contribution à l'étude des ruptures traumatiques du foie. — M. DELABROISE. Un médecin hygiéniste et sociologue : Louis-René Villermé (1782-1863). — M. DESMONTS. Le sang des cirrhotiques.

Lundi 6 mars. — Jury : MM. Brumpt, Henry, Robin. — M. LEBERT. Gasterophilus inermis et son rôle pathogène.

Mercredi 8 mars. — Jury : MM. Lévy-Solal, Lesbouyries, Verge. — M. QUARANTE. Affections puerpérales et leur traitement.

Mardi 14 mars. — Jury : MM. Claude, Gougerot, Tanon, Joannon. — M. ULMAN. Les syndromes parkinsoniens consécutifs aux traumatismes périphériques. — M. NICOLAS. Essais de traitement de la maladie de Nicolas et Favre par les comprimés sulfamidés.

Mercredi 15 mars. — Jury : MM. Lemaître, Loeper, Halphen, Lemaire. — M. BINOT. Les rhinorrhées céphalo-rachidiennes après fractures du crâne. — M. MAGÉO. Broussais et Laënnec. — M. VIGNALOU. La tyramine au cours des affections hépatiques.

Vendredi 17 mars. — Jury : MM. Robert Debré, Lévy-Solal, Gueniot, Moreau. — Mme VEYRIÈRES, née DANON. Contagions tuberculeuses évitables chez les nourrissons. — M. GARNIER. Etude sur le diagnostic biologique des anomalies de la gestation.

Samedi 18 mars. — Jury : MM. Cunéo, Terrien, Moulonguet, Renard. — M. CHALLIOL. Mode d'action et résultats thérapeutiques de l'ostéotomie du péroné dans le traitement des pseudarthroses du tibia.

Mardi 14 mars. — Jury : MM. Tanon, Lesbouyries, Panisset, Verge. — M. VASSEUR. Inspection des viandes et polyarthrite chez le porc.

Lundi 27 mars. — Jury : MM. Baudouin, Clerc, Donzelot, Lelong. — M. ANENCOV. Contribution à l'étude de l'aurothérapie rénale. — M. HERVÉ. Les souffles piaulants cardio-pulmonaires.

Mardi 28 mars. — Jury : MM. Chevassu, Lenormant, Terrien, Moulonguet, Jeannin, Laignel-Lavastine, Lereboullet, Vaudescal. — M. DERIEUX. De l'arthrotomie dans les hydarthroses du genou. — M. JAMIN. Du respect de l'ovaire en chirurgie gynécologique. — DURGEAT. Sur le traitement chirurgical de l'entropion spasmodique par la technique de A. Poulard. — M. DAUBY. Les grandes hématuries dans la tuberculose rénale. — M. PETIT. La protection sociale de l'ouvrière en France pendant la grossesse et l'allaitement. — M. FERRAND. Marcel Proust, asthmatique. — M. GILBERT. La maladie de Robert Schumann.

Mercredi 29 mars. — Jury : MM. Gosset, Troisier, Clovis Vincent, Funck-Brentano, Lemierre, Loeper, Henri Bénard, Lemoine. — M. GONTHIER. Cancer du côlon transverse. — Exérèse accompagnée du curage ganglionnaire. — M. CHAROUSSET. Abcès du poumon et tuberculose pulmonaire. — M. CANODA Y LONENZO. Contribution à l'étude des cancers primitifs de la plèvre. — M. BETTENDORF. Contribution à l'étude du diabète syphilitique.

Jeudi 30 mars. — Jury : MM. Carnot, Nobécourt, Tanon, Joannon, Guillain, Laubry, Chabrol, Vallery-Radot. — M. MICHAUD. Le traitement moderne de l'impetigo par la vaccinothérapie ou la médication sulfamidée. — M. de FAUTEREAU-VANEL. Essai sur quelques problèmes médicaux et sociaux en Chine. — M. FILLATRE. Traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques par les dérivés sulfamidés. — M. MANTE. La publicité pharmaceutique au point de vue de la déontologie et de l'hygiène publique. — M. GIRARDOT. Epistaxis et collapsus cardio-vasculaire.

Mercredi 19 avril. — Jury : MM. Loeper, Mondor, Tanon, Funck-Brentano. — M. CODOMIÉ. Carburation physiologique. — Moteurs animés. Moteurs inanimés. — M. REJSKIND. A propos de deux cas de hernie diaphragmatique de l'estomac.

Jeudi 20 avril. — Jury : MM. Guillain, Laubry, Maurice Villaret, Huguenin. — M. STAVRÉ. A propos d'un cas d'ostéomyélite aiguë vertébrale.

Samedi 20 avril. — Jury : MM. Lemaître, Lenormant, Brocq, Moulonguet. — M. BROUSSOLLE. Contribution à l'étude des kystes radiculo-dentaires du maxillaire supérieur chez l'adulte.

Lundi 17 avril. — Jury : MM. Fiessinger, Bressou, Simonnet. — M. BONNAUD. Parathyroïdes et insuffisance parathyroïdienne expérimentale chez le cheval.

Mercredi 26 avril. — Jury : MM. Lemaître, Lemierre, Strohl Halphen. — M. PUNDIK. Contribution à l'étude de l'ostéite bacillaire du malaire. — M. PINÈS. Les pleurésies purulents streptocococciques et la cartoxy-sulfamido-chrysoïdine. — M. BEAUGRAND. Du diagnostic radiologique des ombres calculeuses de la région sous-hépatique.

Samedi 29 avril. — Jury : MM. Gougerot, Rathery, Tanon, Chevallier. — M. CALMY. Porteurs de germes herpétiques. — M. BOUWENS VAN DER BOIJEN. Le rhumatisme psoriasique. — M. BAROT. Contribution à l'étude du botryomycome et en particulier de sa forme géante. — Mlle GOLDRING. Contribution à l'étude de la glossite losangique médiane de Brocq et Pautrier.

Mardi 2 mai. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Ameline, Coste, Huguenin. — M. SHAPIRA. Le réflexe occulo-cardiaque chez les tuberculeux. — M. AGNARD. L'acromelalgie. — M. GLEISES. Rôle antitoxique du foie au cours des infections aiguës. — M. ROSENBERG. Les manifestations arthropathiques dans les syndromes parkinsoniens. — M. DURAND. Cabanis. Sa vie ; son œuvre médicale. — Mlle MARTIN DU THEIL. La doctrine hospitalière de St-Vincent de Paul.

Mercredi 3 mai. — Jury : MM. Gosset, Couvelaire, Debré, Lemierre, Baudouin, Tanon, Troisier, Mouquin. — M. GAILLARD. Etranglement du grêle derrière une anse d'anastomose gastrique. — M. COURTOIS.

Valeur comparée des traitements des luxations traumaiques des vertèbres cervicales inférieures. — M. Nguyen-Trung-Nam. Les faux hémi-utérus par amputation annexielle spontanée. — M. Le Goff. Essais de vaccinothérapie anti-putride dans les suppurations fétides broncho-pulmonaires. — Mlle Debay. Les formes mortelles de la pneumonie franche, lobaire, aiguë chez l'enfant. — M. Bliah. Contribution à l'étude des scissurites de la petite scissure droite chez l'enfant. — M. Bierzynski. La lutte contre les ectoparasites citadins. — M. Weintraub. Contribution à l'étude des accidents médicamentaux (acide acétylsalicylique). — M. Caula. Contribution à l'étude des atmosphères confinées. — M. Blanchard. Facteurs sociaux et tuberculose. — M. Raboudin. Le pneumothorax extra-pleural chirurgical chez l'adulte et l'enfant. — M. Viallet. De la valeur de la tomographie dans quelques affections pulmonaires. — M. Avril. Les formes infantiles de la tuberculose chez l'adulte sont-elles le fait d'une primo-infection ?

Jeudi 4 *mai.* — Jury : MM. Cunéo, Gougerot, Jeannin, Villaret. — M. Blestel. Remarques sur le méga-œsophage et en particulier sur les rapports qui existent entre la dilatation œsophagienne. — M. Vignon. Sur quelques cas d'appendicite tumorale. — M. Prudent. La forme osseuse primitive de la sarcoïdose idiopathique ou maladie Besnier-Boek-Darier-Schaumann. — M. Pinasseau. Syphilis congénitale. La syphilis contractée par le fœtus dans l'utérus. — M. Pouret. Le traitement de la polyhydramie par l'hydroxymercuripropanolamide de l'acide orthoacétyloxybenzoïque. — M. Chappellart. Evolution post-opératoire des ulcères gastro-duodénaux perforés.

Vendredi 5 *mai.* — Jury : MM. Loeper, Mathieu, Ombrédanne, Strohl. — M. Mothon. Contribution à l'étude du métabolisme cellulaire. Métabolisme de l'acide oxalique et son action. — M. Dumont. Le problème de la curabilité de la méningite tuberculeuse. — M. Meunier. Dix observations de diphtérie cutanée. — M. Jamet. Contribution à l'étude des tumeurs bénignes pendulaires de l'amygdale. — M. Piriou. Contribution à l'étude du traitement des arthroses de la hanche dues aux luxations et subluxations congénitales. — M. Faugeron. Etude critique des résultats du traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant. Déductions thérapeutiques. — M. Grain. Contribution à l'étude des ostéomes post-traumatiques de la région du coude.

Samedi 6 *mai.* — Jury : MM. Mocquot, Nobécourt, Terrien, Verne. — Mlle Thiollier. De l'utilisation de la progesterone en gynécologie. — Mlle Patey-Duclaux. Contribution à l'étude du rhumatisme chronique ankylosant de l'enfant. — M. Elbaz. Contribution à l'étude du lithopœdion. — M. Seimbille. Contribution à l'étude des paralysies faciales périphériques et autres troubles réflexes par dent de sagesse inférieure.

Mardi 9 *mai.* — Jury : MM. Clovis Vincent, Coquot, Bressou. — M. Thomas. Névrectomie du nerf grand sciatique chez le cheval.

Mercredi 10 *mai.* — Jury : MM. Lemierre, Lesbouyries, Panisset. — M. Moreau. Polyarthrite infectieuse des veaux et poulains en Bretagne.

Vendredi 12 *mai.* — Jury : MM. Fiessinger, Bressou, Panisset. — M. Bonnaud. Parathyroïdes et insuffisance parathyroïdienne chez le cheval.

Samedi 13 *mai.* — Jury : MM. Tanon, Lesbouyries, Letard, Vergé, Vuillaume. — M. Huard. Approvisionnement de Paris en lait.

Lundi 8 *mai*. — Jury : MM. Abrami, Clerc, Grégoire, Lemierre. — M. TURCK. Lichen plan aurique. — M. DUGRENOT. Erythrémie et dilatation de l'artère pulmonaire. — M. HASSID. Contribution à l'étude des greffes dermo-épidermiques en godet dans les autoplasties cutanées. — M. SHABAD. Nouveau traitement de la gonococcie oculaire par des dérivés organiques du soufre.

Mercredi 10 *mai*. — Jury : MM. Baudouin, Lemaître, Troisier, Halphen. — M. JACOBÉE. Etude sur les méningites à staphylocoques. — M. SCHILTE. Contribution à l'étude de l'exophtalmos pulsatile. — M. LHOMME. Contribution à l'étude de la forme tumorale de la tuberculose laryngée. — M. PRETTRE. L'atélectasie pulmonaire — aiguë-transitoire — idiopathique. — M. ROMACHEFFN. Les cavernes à soupape.

Jeudi 11 *mai*. — Jury : MM. Cunéo, Leroux, Tanon, Terrien. — M. BATY. Des tumeurs épithéliales primitives d'origine wolfienne du cordon spermatique. — M. LE FORESTIER. Contribution à l'étude du lymphosarcome primitif du caecum. — M. CHALEGRIN. Localisations gastro-intestinales de la lymphogranulomatose. — M. SANDZER. Contribution à l'étude clinique et à la prophylaxie des accidents cutanés par les huiles de coupe. — M. LE BRUN. La maladie du Brai. — Mlle ROBERT. Les métastases osseuses révélatrices des épithéliomas du rein.

LIVRES NOUVEAUX

La scrofule, forme spéciale de la tuberculose, avec des remarques sur l'immunité antituberculeuse, par le professeur A. B. MARFAN. Annales de l'Institut Pasteur, tome 61, octobre 1938.

C'est un mot presque abandonné et qui mériterait bien plutôt d'être interprété.

Ce fut autrefois une diathèse ayant avec la tuberculose des relations presque certaines, mais dont on comprenait mal la nature. Après les travaux de Villemin et de Koch, elle ne tarda pas à être démembrée : certaines manifestations furent rattachées à la tuberculose, les autres rejetées parmi les pyodermites. Cependant même à celles qu'on reconnaissait tuberculeuses, on reconnaissait aussi une évolution particulière et un pronostic à part ; également une tendance empêchante sur l'apparition de nouveaux foyers bacillaires. De plus, la cuti-réaction de ces malades est toujours positive, intense et possède un caractère bulleux particulier. L'examen radiologique montre chez eux des lésions ganglio-pulmonaires.

Le lien entre ces dernières et les manifestations scrofuleuses a été diversement interprété. L'insuccès habituel des recherches du bacille de Koch dans les lésions scrofuleuses a perdu de sa valeur depuis les travaux de Dorier sur les tuberculides et les ressemblances histologiques permettent déjà, pour certaines d'entre elles dont le nombre s'accroîtra peut-être par la suite, de les qualifier de scrofulo-tuberculides.

On peut donc actuellement concevoir la scrofule comme une forme spéciale de tuberculose, localisation secondaire le plus souvent, due à un essaimage habituellement sanguin sans que pour certaines lésions on puisse encore exclure la possibilité d'une infection directe *in situ*.

Précoces ou tardives, d'évolution apyritique, ne lésant pas l'état général, elles peuvent guérir avant qu'aucun autre foyer tuberculeux évolutif ait apparu et elles engendrent habituellement dans ce cas une certaine résistance de l'organisme à la tuberculose.

Pourquoi la scrofule apparaît-elle plutôt qu'une autre forme de tuberculose La qualité du virus n'est probablement pas en cause, mais plutôt le petit nombre des germes en circulation en même temps qu'une résistance incomplète, mais pourtant existante de l'organisme. L'hérédité tuberculeuse, la syphilis congénitale contribuent sans doute à modeler le terrain.

Le hasard de la dispersion n'est pas le seul facteur de localisation des lésions ; il faut sans doute tenir compte de certaines propriétés de tissus ou d'organes, de leur disposition à la stase vasculaire et peut-être aussi des propriétés physiologiques encore mal connues propres à la peau elle-même

L. B.

Les débuts du service social en France, par le professeur A. B. MARFAN. Revue médico-sociale et de Protection de l'Enfance, 6e année, 1938, n° 5.

Le service social en France n'a plus, désormais, à prouver son utilité. L'histoire de ses origines, récentes pourtant, est toutefois moins connue. C'est en 1913 seulement qu'à la Société de Pédiatrie, Mme Nageotte fit connaître le résultat des essais de Richard Cabot aux États-Unis et qu'à son tour l'auteur, en marge de son service hospitalier, esquissa les premiers traits d'un organisme inspiré de l'œuvre américaine.

Dès le début, une heureuse fortune associa aux essais parisiens Mme Getting qui, depuis, n'a cessé d'être l'âme du service social. En quelques mois, on peut estimer comme ils le méritaient les services rendus par cet organisme que la guerre survenant mit quelque temps en sommeil. Après quelques mois, on put reprendre activité aux Enfants-Malades, puis aux Enfants-Assistés, grâce à des collaborations nouvelles s'ajoutant aux anciennes. Après la guerre, un Comité français prit la suite d'organismes dus à l'initiative de la Croix-Rouge américaine et constitua bientôt le service social tel qu'il fonctionne aujourd'hui. Direction, collaborations, amitiés de tous ordres ne lui ont jamais fait défaut depuis ce moment et si, les années passant, des vides douloureux se sont faits parmi ses collaborateurs, rien pourtant n'a réussi à amoindrir la valeur de l'œuvre ni la flamme des dévouements. L. B.

Précis de neurologie (2e édition), par M. L. RIMBAUD. Paris, G. Doin et Cie, 1939. (Collection Testut.)

La tradition montpelliéraine demeure vivante et agissante et les maîtres disparus se sont formés de dignes continuateurs.

La précédente édition, rapidement épuisée, de ce précis a paru à son auteur nécessiter un partiel renouvellement. Il s'est heureusement acquitté de sa tâche sans rien abandonner pourtant du but autrefois poursuivi : initier à la neurologie les futurs praticiens, bien plutôt que former des spécialistes. Le plan de l'ouvrage et l'ensemble du développement demeurent donc les mêmes. Mais la modernisation de certains exposés et l'adjonction de chapitres nouveaux ont été opérées de la façon la plus heureuse. Tant de changements se sont opérés dans les conceptions de l'hystérie, des spasmes vasculaires cérébraux, des méningites lymphocytaires bénignes, des tumeurs, des encéphalites, etc. Tout a été fait aussi en thérapeutique, même, abstraction faite des audaces de la neuro-chirurgie.

C'est là un élément nouveau qu'étudiant et praticien trouveront, condensé et ordonné pour leur plus facile accession à un domaine trop volontiers considéré autrefois comme réservé et inaccessible. Graphiques, schémas et photographies abondamment et judicieusement distribués tout au long du texte en augmentent encore la puissance éducative.

L. B.

Exceptionnellement, il n'y a pas de Notes pour l'Internat, cette semaine.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 38. — SAMEDI 13 MAI 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.

Les psychoses puerpérales, par les docteurs Maurice LECONTE et Suzanne LECONTE-LORSIGNOL (fin).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — Académie de médecine.

CONGRÈS.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — 2e *Concours de chirurgien des hôpitaux. Nominations.* — Première épreuve clinique: MM. Rudler, 18; Aboulker, 16; Baumann, 19.

Hôpitaux psychiâtriques. — M. le docteur Rancoule, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiâtriques en 1938, a été nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiâtrique de Pau, en remplacement de M. le docteur Gardes, affecté à l'hôpital psychiâtrique de Château-Picon.

Mlle le docteur Rousset, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines, a été affecté à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld, en remplacement de M. le docteur Spitz, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Faculté de médecine. — *Concours du prosectorat.* — Séance du 8 mai. Epreuve de médecine opératoire :

1° Ligatude de l'artère tibiale postérieure côté droit, derrière la malléole ;

2° Désarticulation du gros orteil gauche avec son métacarsien. Notes : MM. Léger, 29 ; Delinotte, Roux, 28 ; Cauchois, 27.

Séance du 9 mai. Epreuve de dissection — Triangle de scarpa, côté droit. Notes : MM Delinotte, Roux, 24 ; Léger, 23 ; Cauchois, 22. Total des points : MM. Léger, 161 ; Roux, 157 ; Delinotte, 154 ; Cauchois, 147.

Sont proposés : MM. Léger et Roux.

Distinctions honorifiques. — *Officier de l'Instruction publique.* — M. le docteur Dorambo, aux Lilas.

Officier d'académie. — M. le docteur Laruë, à Biarritz.

Académie des sciences. — M. le Professeur Tiffeneau, doyen de la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine a été élu membre titulaire de l'Académie des sciences, en remplacement de M. Urbain, décédé.

S. M. l'Impératrice d'Annam reçoit la croix de commandeur de la Santé Publique.. — On annonce d'Hanoï que sur la proposition du président de la Croix-Rouge de France, le ministre de l'hygiène et de la santé publique a fait décerner à l'impératrice d'Annam la croix de commandeur de la santé publique, en reconnaissance de la sollicitude agissante qu'elle a accordée au comité de la Croix-Rouge.

La remise solennelle de cette distinction a eu lieu au palais impérial de Hué, en présence du résident supérieur d'Annam, des présidents du comité local de la Croix-Rouge et des ministres du gouvernement annamite.

Inspection départementale d'hygiène. — M. le docteur Vidal, inspecteur départemental d'hygiène de l'Isère, a été affecté, sur sa demande, dans le département de Seine-et-Marne.

DÉFENSE PASSIVE

L'enseignement obligatoire. — Le *Journal officiel* du 7 mai publie un décret ainsi conçu :

Art. 1er. — L'enseignement de la défense passive, organisé par accord entre les ministères de la guerre, de l'éducation nationale, de l'agriculture, de la marine marchande et des postes, télégraphes et téléphones, est obligatoire pour les maîtres et pour les élèves à tous les degrés de l'enseignement et dans tous les établissements scolaires publics et privés.

Le programme relatif aux études médicales (Ste-Anne) est le suivant :

1° Classification de toxi-asphyxie par gaz de combat ;

2° Physiopathologie de toxi-asphyxies par gaz de combat ;

3° Clinique de toxi-asphyxies par gaz de combat ;

4° *Les premiers soins : auto-protection* ; premiers secours, triage ;

5° Le traitement d'urgence (après triage). — Vésiqués, gazés de surface, suffoqués, comas asphyxiques, gazés blessés, irrités, syncopés ;

6° *Traitement proprement dit des lésions établies* (traitement de 2e urgence) ;

7° *Les formations sanitaires fixes et mobiles.* — Organisation, fonctionnement tactique et technique ;

8° *Détoxication ;*

9° *Détection* (chimique et physiologique) ;

10° *Protection et désinfection des matières alimentaires ;*

11° *Protection individuelle.* — Masques filtrants, masques isolants, vêtements de protection ;

12° *Protection collective.* — Abris aménagés et construits de toute pièce. Conditionnement.

Exercices pratiques. — Cas concret : fonctionnement sur le terrain d'une équipe mobile de premier secours et de relève de sous-secteur.

Les cours de la défense passive.

Faisant suite au stage d'enseignement destiné aux médecins fonctionnaires d'hygiène qui eut lieu à Paris en novembre 1938, un stage analogue réservé aux chefs des services de détection et de désinfection a été organisé par la direction de la défense passive du ministère de la guerre, à la fin du mois dernier.

Les cours et démonstrations pratiques ont eu lieu à la faculté de pharmacie sous la direction du médecin-général Cot, de la section sanitaire de la direction de la défense passive avec le concours des spécialistes les plus qualifiés en matière de détection et l'école polytechnique ; M. Partrigde, ingénieur en de désinfection : M. le professeur Lebeau, membre de l'institut ; M. le professeur Damiens, doyen de la faculté de pharmacie ; M. le professeur Fabre, de la faculté de pharmacie ; M. le professeur Dubrisay, de l'école polytechnique ; M. Partridge ingénieur en chef des ponts et chaussées ; M. Kling, directeur du laboratoire municipal ; M. Kohn-Abrest, directeur du laboratoire de toxicologie de la préfecture de police ; M. Driencourt, ingénieur des travaux ; M. Cot, médecin-général, directeur de la section sanitaire de la direction de la défense passive ; M. Genaud, médecin-capitaine de la section sanitaire de la direction de la défense passive.

Ces cours étaient uniquement réservés aux pharmaciens ou chimites, dégagés des obligations militaires, et choisis pour remplir dans les départements et les villes importantes les fonctions de chefs des services de détection et de désinfection.

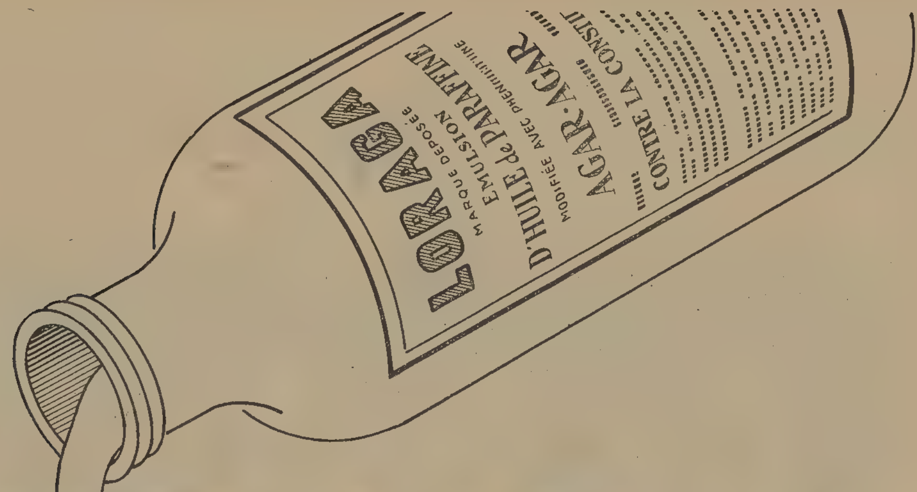
Le programme des cours témoigne de l'importance de cet enseignement : Physio-pathologie de l'arme chimique, chimie des agressifs, technique de la détection physiologique, technique de la détection de contrôle, technique de la détection de suspicion ou d'arlarme. Organisation du service de détection de la ville de Paris, l'oxyde de carbone, état de la question de la détoxication de l'atmosphère, organisation d'un abri au point de vue explosif et toxique. Réalisation et contrôle de conditionnement de l'air en milieu étanche. Aménagement d'un poste de secours, technique générale de la désinfection, technique appliquée de la désinfection. Cas particuliers (terrains, immeubles, eau, alimentation, etc...), état de l'organisation des services de désinfection de la ville de Paris. Visite d'un poste de désinfection. Démonstration et fonctionnement d'une équipe de désinfection sur le terrain, protection individuelle (appareils filtrants, appareils isolants), protection et récupération des denrées alimentaires, vérification et contrôle des masques. Passage en chambre à gaz, exercice tactique sur l'organisation et le fonctionnement tactique des services de détection et de désinfection départementaux et urbains.

On doit féliciter M. le médecin-général Cot et M. le doyen Damiens de ce bel effort qui n'a jamais été plus nécessaire.

NECROLOGIE

— Le docteur Delpierre, ancien député et ancien sénateur de l'Oise, décédé à l'âge de 80 ans à Ansauvillers, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre.

— Le docteur Huré, à Abbeville. Il était le frère du général Huré, membre du conseil supérieur de la guerre.


LORAGA
MARQUE DÉPOSÉE
EMULSION
D'HUILE de PARAFFINE
AGAR-AGAR
CONTRE LA CONSTI

REVUE GENERALE

LES PSYCHOSES PUERPÉRALES

PAR LES DOCTEURS

MAURICE LECONTE et SUZANNE LECONTE-LORSIGNOL

Chefs de clinique des maladies mentales et de l'encéphale
à la Faculté de médecine de Paris,
Médecins des hôpitaux psychiatriques.

(*Fin*) (1)

III. *Etats psychopathiques survenant au cours de la gravidité.*

1°) *Etats maniaques.*

Typiques ils n'offrent rien de particulier et doivent être distingués de ceux de la psychose périodique avec laquelle ils se confondent pour certains. Souvent, en effet, la grossesse favorise l'apparition du premier accès d'une psychose périodique. Ils se rencontrent assez souvent. Peut-être ont-ils tendance à revêtir une certaine allure confusionnelle. *Gilbert-Ballet considère que la plus grande fréquence de la manie chez la femme tient pour une bonne part au rôle étiologique de la puerpéralité.* Pour lui elle est extrêmement fréquente au cours des états puerpéraux, mais moins souvent pendant la grossesse *qu'après l'accouchement.*

2) *Etats mélancoliques.*

Moins fréquente que la confusion mentale, la mélancolie s'observe assez souvent au cours de la grossesse. Les causes occasionnelles de la grossesse la provoquent tout autant que l'état puerpéral qui semble, dans maintes observations, n'apporter qu'un terrain favorisant. Il n'est pas d'affections mentales où, la mélancolie survenant, celle-ci ne puisse revêtir les différentes formes possibles simples; anxieuse, délirante, stuporeuse. Dans la majorité des cas, elle cède; quelquefois avant ou au moment de l'accouchement; d'autres fois sans être influencée par lui elle dure un temps variable. Comme pour la manie, ces états mélancoliques peuvent être l'accès initial d'une psychose périodique ou même n'en être déjà qu'un nouvel accès. Seules l'anamnèse et l'évolution permettent de se prononcer.

2) *Les délires.*

Différents thèmes de délires peuvent s'observer au cours des psychoses gravidiques et aussi différents types. On peut voir la persistance *d'idées fixes post-oniriques* avec possibilité même d'apparition *d'un véritable délire systématisé secondaire* avec ou sans dissociation intellectuelle aboutissant à la démence. Comme dans les autres mélancolies, on peut observer *le passage à un syndrome de Cotard* avec idées de négation, d'immortalité. Après la phase aiguë de la confusion, une confusion chronique peut subsister. Le passage à la démence précoce post-confusionnelle avec idées délirantes mal systématisées est une des complications les plus graves pouvant s'observer.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* n° 36, du 6 mai 1939, p. 625.

II. *Psychoses du post-partum.* Psychoses puerpérales proprement dites.

Nous ne croyons pas utile d'individualiser spécialement un groupe de psychoses de l'accouchement. La limite en paraît particulièrement artificielle. Quand la psychose survient à ce stade il s'agit en général d'un état de confusion avec agitation intense *du type de la manie hallucinatoire de Mendel.* Les véritables psychoses puerpérales sont *les psychoses des suites de couches, du post-partum.*

Elles sont presque unanimement considérées comme *infectieuses* ou *toxiques*, et c'est parmi elles, en raison de l'identité des facteurs étiologiques, expérimentaux, cliniques et thérapeutiques que beaucoup d'auteurs comprennent dans cette étude les psychoses post-abortives.

Nous avons déjà dit que pour *Régis* elles survenaient dans 55 % des cas de psychoses rattachables à la puerpéralité. Pour Sivadon, elles correspondent à 80,6 %. Pour cet auteur, ces psychoses se présentent presque toujours cliniquement comme *des confusions mentales aiguës avec excitation*, tandis que les psychoses gravidiques et les psychoses de lactation affectent le plus souvent des formes de type dépressif.

C'est dans ces psychoses puerpérales que se trouve réalisée ce qu'on a appelé la *manie puerpérale*, état qui n'a de la manie que le nom, car il s'agit d'une *forme intense de confusion agitée avec onirisme.*

Le tableau confusionnel peut atteindre une intensité variable et se présenter sous des *aspects cliniques divers* qui sont ceux qu'on peut rencontrer *dans toute confusion.* Régis a encore montré que dans ces psychoses, on pouvait observer des tableaux de *confusion mentale simple, de délire aigu fébrile avec méningisme* ou *méningite*, de *délire onirique*, de *délire hallucinatoire aigu* le plus souvent et même de stupeur.

Il est classique d'insister sur l'existence de quelques *particularités prodromiques* de la grossesse : *stigmates hystériques*, déséquilibre psychique, albuminurie. Souvent le début serait marqué par des *manifestations infectieuses locales* — accouchement difficile, mort de l'enfant, complications de tous ordres, ou *générales* : grippe, infections diverses avec, fait important pour Régis, diminution notable du taux urinaire.

Avec Sivadon on peut distinguer :

1° Les *encéphalites psychosiques post-puerpérales;*
2° Les *délires infectieux post-puerpéraux;*
3° Les *psychoses à début progressif.*

I. *Encéphalites psychosiques post-puerpérales.*

Elles sont partie intégrante de ce que MM. *Toulouse, Marchand* et *Courtois* ont décrit sous le nom *d'encéphalites psychosiques secondaires.*

Les caractéristiques essentielles de ce groupe sont les suivantes :

1° L'apparition rapide et *secondaire à un état puerpéral* ou infectieux, d'une confusion mentale revêtant plus ou moins *l'aspect d'un délire aigu;*

2° L'existence d'un *terrain* souvent prédisposé;

3° *L'absence de signes* neurologiques;

4° *L'évolution rapide vers la mort ou la guérison*, quelquefois vers la chronicité;

5° *La constatation anatomo-pathologique* dans les cas vérifiables de lésions *d'encéphalite inflammatoire.*

Les encéphalites psychosiques post-puerpérales sont caractérisées par : *leur étiologie toxi-infectieuse « très probable »*, écrit Sivadon qu'on peut considérer, grâce à ses travaux récents, comme faisant autorité en la matière, — leur *début habituellement brusque*, quelques jours après *l'accouchement*, la *température souvent peu élevée*, *leur évolution conditionnée par une encéphalite*, qui se fait, soit vers la mort, soit vers la chronicité, soit vers une guérison apparente relative.

Ce sont des formes graves en raison de leur mauvais pronostic vital et mental éloigné.

Le *début* se fait le plus souvent pendant *la première semaine* après l'accouchement. Il oscille entre *le 2° et le 21° jour, dans les cas publiés par MM. Marchand, Courtois et Sivadon.*

Il est brusque, mais souvent précédé de *céphalée*, signe très important, *d'insomnie*, de *nervosisme*, de *troubles du caractère* et *de quelques frissons.*

En quelques heures le *tableau de confusion mentale hallucinatoire* avec *onirisme terrifiant est installé.* L'agitation et les réactions impulsives sont souvent marquées.

Les signes généraux sont importants. La fièvre peut être d'emblée à 39. Le pouls est rapide; la constipation, l'anorexie particulièrement marquées.

Localement si quelquefois on découvre des lochies brunâtres ou une métrite légère, bien souvent l'examen est *négatif.* C'est un fait frappant que ce *minimum de symptômes locaux* d'infection contrastant avec un syndrome mental particulièrement intense. L'état général s'altère, l'amaigrissement s'accentue. On peut noter vers la fin de la période d'état l'abolition des réflexes.

Le plus souvent la maladie ne dure *qu'une à deux semaines*, parfois trois. *La malade est emportée en 2 à 5 jours dans les formes suraiguës.* On a noté dans quelques cas des formes hémorragiques avec ou sans signes de localisation.

Du point de vue biologique le syndrome est en tous points semblable à celui que MM. Marchand et Courtois ont décrit dans les autres encéphalites psychosiques aiguës primitives ou secondaires.

La rétention azotée du sang et du liquide céphalo-rachidien est le signe capital. Cette rétention porte sur l'urée et sur l'azote résiduel. Dans la plupart des cas de MM. Marchand, Courtois et Sivadon, le taux de l'azotémie a oscillé entre 1 gr. 50 (forme suraiguë) et 7 grammes. Ce symptôme n'existe pas au début. « *Il n'est qu'un symptôme et non une cause* » précisent ces auteurs.

On observe encore une *élévation du taux de la chlorémie, des albumines sanguines, et rupture de l'équilibre globuline-sérine avec augmentation au profit de la sérine.* On trouve en général la *formule sanguine d'une maladie infectieuse* avec, dans quelques cas *positivité de l'hémoculture.*

Les urines sont rares, foncées, un peu albumineuses et fréquemment on y a trouvé du sucre (galactose). Toujours d'après les intéressants travaux de ces auteurs, l'existence d'hématies, de cylindres, de microbes, de pus dans les urines serait rarissime.

Quant au *liquide céphalo-rachidien*, il renferme un taux d'urée *élevé, certes, mais toujours inférieur de quelques centigrammes* à celui du sang. Sa cytologie est normale en général. Même dans les cas à hémoculture positive, il est resté stérile. Il fut donné d'observer quelquefois un liquide xanthochromique qui accompagne la forme hémorragique, le taux de l'albumine atteignant alors dans cette forme 2 gr. 50 environ, la lymphocytose demeurant modérée, mais le benjoin colloïdal, comme dans tous les cas de liquide xanthochromique, précipite dans la zone syphilitique et méningitique. Les chiffres de la réaction de Vernes à la résorcine sont très élevés.

Le *pronostic* est sombre. Les plus graves des psychoses puerpérales, ces encéphalites psychosiques se terminent par *la mort*, après une évolution courte, dans 90 % des cas. Dans les cas moins graves, la mortalité serait de 80 % de cas, mais nous avons vu les réserves qu'il convenait d'apporter et MM. Marchand, Courtois et Sivadon se montrent particulièrement réservés.

2° Les *délires infectieux post-puerpéraux.*

Ils ont aussi quelques caractères communs que Sivadon a cru devoir distinguer. Ce sont :

1° Leur *étiologie infectieuse* qui reste *évidente;*

2° L'existence *d'un terrain sensiblement normal.* Il n'existe pas d'antécédents psychopathiques personnels importants;

3° Le *début des troubles est plus précoce* que dans les formes précédentes. C'est souvent le *lendemain ou le surlendemain* de l'accouchement;

4° Le tableau clinique est un état *confusionnel aigu avec hallucinations et agitation;*

5° L'évolution est rapide parallèlement aux phénomènes *infectieux* qui la conditionnent. La *température* est *habituellement élevée;*

6° Le pronostic immédiat et le pronostic mental éloigné sont *bons, ce sont des cas bénins*, hormis ceux que peuvent venir compliquer une encéphalite ou une septicémie grave.

La guérison est toujours obtenue en quelques semaines (15 jours à 3 mois) et semble définitive.

L'absence de séquelles éloignées oppose donc très nettement ces formes aux autres formes de psychose puerpérale.

3°) *Psychoses post-puerpérales à début progressif.*

Sivadon groupe, sous ce chef, un peu artificiellement peut-être, un certain nombre de troubles mentaux apparus de façon progressive et plus ou moins rapidement après l'accouchement.

Le terrain joue un rôle particulier dans ces cas : tantôt il s'agit d'une *prédisposition psychopathique, tantôt d'un terrain acquis que des chocs émotifs importants survenus au cours de la grossesse* ont déterminé.

4°) *Autres formes.*

On peut encore observer ici des *états dépressifs* ou *maniaques* à apparition rapide ou progressive, *des crises hystériques*, des *psychoses de Korsakoff.* Le diagnostic étiologique dans ce groupe est souvent difficile

à poser. Il peut s'agir d'états psychopathiques latents révélés par la grossesse tout comme au cours de la gravidité ou de la lactation. Ce sont donc, pour la plupart, des formes non comprises dans les trois catégories précédentes, difficiles à discriminer, des psychoses symptomatiques d'une autre affection mentale définie (psychose périodique, démence précoce (7,6 % des observations de Sivadon).

IV. *Psychoses de la lactation.*

C'est également d'une manière un peu conventionnelle qu'on individualise ces psychoses des précédentes.

Régis s'y refuse même et englobe les psychoses puerpérales et les psychoses de la lactation, auxquelles il réserve cependant un chapitre de son Traité, sous la rubrique commune de psychoses post-puerpérales précoces et tardives *comme pour les autres psychoses par shock traumatique, opératoire* ou *autre*. Cependant, non seulement la date d'apparition, mais le tableau clinique est souvent différent. Ici se remarque surtout les états dépressifs ainsi que le mentionne Sivadon.

Théoriquement on appellera psychose de lactation les *psychoses survenant à partir de la 7e semaine*, époque avoisinante du retour *de couches jusqu'à la fin de la lactation*, échéance des plus variables d'ailleurs selon les cas. Sivadon les définit comme étant constituées par les troubles mentaux apparaissant progressivement au cours de l'allaitement plus de 15 jours après l'accouchement.

On tend à considérer les psychoses de lactation comme des psychoses *d'épuisement.*

On peut y rencontrer les diverses formes de confusion mentale de la puerpéralité, et leur diverses complications, mais presque toujours, affirme Sivadon, il s'agit de *formes dépressives* avec craintes anxieuses et hypocondrie. La prédisposition individuelle et le passage à une autre forme mentale chronique, seraient plus fréquente que dans les autres formes. Ceci pourrait s'expliquer par le caractère moins franchement aigu des formes rencontrées, la prédisposition et l'état d'épuisement, parfois dû d'ailleurs à un allaitement trop prolongé. Quelquefois, c'est au moment du sevrage que s'observe l'apparition de la psychose (psychose de sevrage).

DIAGNOSTIC. — On ne peut guère se baser sur le stade puerpéral auquel est examinée la malade et chez laquelle peuvent survenir des formes de caractères très divers.

L'examen clinique permettra donc :

1° *De préciser le type psychopathique;*
2° *D'en établir l'origine puerpérale.*

I. Préciser le type psychopathique.

C'est en effet le premier temps du diagnostic. Nous avons indiqué les différents éléments diagnostiques des psychoses puerpérales en les étudiants. Ce n'est pas le temps le plus difficile. Il faut en retenir la fréquence du syndrome confusionnel dont il faut rechercher soigneusement tous les éléments.

II. Etablir l'origine puerpérale de la psychose.

L'existence d'une grossesse en cours, la notion d'un accouchement ou d'un avortement antérieur à la psychose joint à l'examen local et général de la femme, la recherche de la sécrétion lactée, mettront le plus souvent en évidence la puerpéralité.

La seule *difficulté résidera dans la discrimination entre les vraies psychoses puerpérales et les autres psychoses survenant chez une femme enceinte*, ou une femme ayant accouché récemment.

En effet, il peut exister *d'autres causes toxiques ou infectieuses chez la femme gravide.* En outre, nous l'avons dit, peuvent apparaître chez elle des psychoses qui n'ont avec la puerpéralité qu'un rapport de coïncidence.

La confusion mentale puerpérale pose le diagnostic des *confusions toxi-infectieuses;* celle de *l'alcoolisme*, du *saturnisme*, du *barbiturisme*, les *confusions d'origine endocrinienne* ou *infectieuse : soit aiguë*, grippe, typhoïde; soit *chronique* telles que la syphilis, les confusions des affections cérébro-méningées, tumorales, traumatiques ou émotionnelles.

Ce sont avant tout l'anamnèse et l'examen complet qui permettront de rattacher à une telle cause plutôt qu'à telle autre l'épisode confusionnel considéré. Le plus souvent, la puerpéralité constituant un terrain prédisposant, même en présence d'une autre étiologie évidente, on ne pourra parler que de facteurs étiologiques associés.

Le *syndrome de Korsakoff* pose le diagnostic de toutes les affections mentales avec abolition des réflexes: tabo-paralysie, pseudo-paralysies générales. Il ne se pose pas avec la presbyophrénie en raison de l'âge avancé de ces malades ayant accompli leur ménopause depuis longtemps. Les signes physiques et les examens de laboratoires affirment le diagnostic dans un grand nombre de ces cas.

Ce syndrome ne se rencontre pas seulement dans les psychoses puerpérales. Sa constatation chez une femme enceinte peut n'être qu'une découverte fortuite au début. Il faut alors éliminer les syndromes de Korsakoff d'origine *alcoolique, tumorale, post-traumatique, infectieuse :* typhoïde, paratyphoïde, chorée, sclérose en plaques, syphilis, tuberculose; ou *toxique:* saturnisme, oxyde de carbone, apiol, sels d'or; on a signalé également ce syndrome dans certains états neuro-anémiques.

Les états maniaques ou mélancoliques posent le problème étiologique de tous les états d'excitation ou de dépression. Une phase de la psychose périodique peut survenir sur le terrain puerpéral. L'absence de confusion, l'existence d'un tableau franc, la notion d'un épisode antérieur dans la vie ou l'hérédité de la malade permettront de pencher aisément en faveur de ce diagnostic.

Il ne faudra pas négliger de songer à la possibilité chez une femme enceinte d'un état d'excitation symptomatique de syphilis cérébrale, à côté des autres causes toxiques ou infectieuses qui se peuvent également rencontrer.

Quant aux délires post-oniriques ils posent le diagnostic étiologiques de tous les délires post-confusionnels. C'est leur structure et l'anamnèse qui feront faire le diagnostic. Le diagnostic des psychoses puerpérales est avant tout un diagnostic d'ordre médical.

TRAITEMENT. — I. *Prophylactique.* — Une *bonne hygiène de la grossesse*, si elle ne peut mettre totalement à l'abri des psychoses puerpérales, peut tout au moins en restreindre la fréquence et le danger.

Il sera bon que toute femme enceinte soit *régulièrement suivie pendant sa grossesse et actuellement, grâce à l'éducation du public*, la création de consultations et de dispensaires, il est à souhaiter qu'aucune femme enceinte demeure sans surveillance médicale. Au même titre que pour l'hygiène corporelle, l'hygiène mentale devrait être appliquée et souvent associée aux soins, aux traitements physiques et à la prophylaxie générale. L'action des bureaux de bienfaisance, l'utilité de mesures sociales après enquête d'une assistante spécialisée, apparaissent comme indispensables.

Il faudra veiller à *l'alimentation qui devra être saine*, lutter contre toutes les causes *d'infection, d'intoxication, de surmenage.*

L'examen physique de toute femme enceinte devra précéder l'établissement des règles d'hygiène qu'on lui prescrira. Et cette partie de la prophylaxie restera le plus souvent du domaine de l'accoucheur et de son service.

Cependant, *en cas de troubles mentaux légers, de malades déséquilibrées ou ayant déjà présenté des tares psychopathiques*, celui-ci ne devra jamais délaisser ce côté sombre, mais au contraire s'assurer de la collaboration d'un *médecin spécialiste* qui pourra, dans certains cas, éviter des drames redoutables.

Il faudra tâcher d'éviter toutes les causes occasionnelles physiques et morales, et parfois user d'influence sur la famille ou le milieu pour permettre à la femme enceinte comme à l'accouchée, qu'elle allaite ou non, de concevoir et d'élever son enfant dans l'ambiance la plus favorable, car nous avons vu que souvent les conflits de tous ordres, les ennuis, certaines situations pénibles constituaient des facteurs particulièrement prédisposants. Ainsi faudra-t-il parfois raisonner tel mari brutal, isoler tel membre de la famille, pessimiste ou incompréhensif, consoler telle mère non mariée et tenter, avant l'éclosion d'un état d'anxiété manifeste, de réduire au minimum les causes de surmenage et de préoccupations.

II. *Curatif.* — A. *Choix d'un établissement.* La question est d'importance pour la plupart des psychoses puerpérales, car le choix du lieu du traitement est la première question se posant à leur propos. Une première règle paraît devoir être observée, c'est de *choisir rapidement et si possible d'emblée l'établissement où sera traitée la malade afin d'éviter tout retard dans l'application du traitement.*

Que de fois voit-on des erreurs d'aiguillages et des malades parvenir à leur dernier médecin traitant, après un passage successif et fatigant de quelques jours, dans deux ou trois services, encore heureux, d'ailleurs, quand le local lui-même, n'est pas la source d'un véritable traumatisme émotionnel venant se surajouter aux causes initiales.

Il semble qu'il serait souhaitable de voir se créer à Paris *un plus grand nombre de services ouverts ou de salles d'isolement spécial dans les hôpitaux où doit être traitée la psychose puerpérale.*

Les formes simples d'obtusion, de confusion simple sans délire ni agitaion, sans aucun danger de réaction grave, pourraient être traitées à domicile.

On devrait pouvoir traiter dans les *services ouverts* les formes aiguës, franches de la confusion mentale puerpérale qui réalise, avec son syndrome physique, son syndrome biologique de courte durée, son évolution éphémère, son *pronostic souvent curable*, une *véritable maladie d'hôpital.*

La nécessité d'un médecin spécialisé demeure cependant évidente en raison des réactions soudaines qui peuvent se produire et qu'il faut bien connaître, mais il est souhaitable que le traitement soit administré rapidement, la malade à l'abri de transports répétés et fatigants. Aussi ces services devraient-ils être urbains au même titre que ceux des hôpitaux où entrent tous les cas aigus de médecine générale (fébricitants tels que pneumoniques, traumatisés du crâne, etc.). En outre, puisque subsiste dans l'entourage des malades le préjugé que tout internement est toujours l'indice d'une tare, cette deuxième mesure pourrait être évitée dans un certain nombre de cas, où la brièveté de la maladie la rend inutile.

Enfin on traitera dans un service fermé les formes rebelles, chroniques, les formes délirantes, les formes à réactions médico-légales sérieuses, démontrées ou à redouter.

Après l'accouchement, la *séparation de la mère et de l'enfant* devra toujours être envisagée dans les états dépressifs où le suicide collectif est particulièrement à redouter, tout comme l'est l'infanticide dans les états mélancoliques ou confusionnels.

B. *Traitement physique.* Il n'y a pas de règle à suivre, car le traitement varie avec la forme de l'affection, la prédominance de tel ou tel élément étiologique, avec le terrain en particulier (insuffisance glandulaire plus ou moins nette).

Il repose, dans l'ensemble, sur les notions étiologiques que nous avons fournies plus haut. Il sera bon le plus souvent, dans les formes confusionnelles, d'associer la plupart des traitements et de lutter à la fois, contre l'infection et l'intoxication, de suppléer à telle ou telle insuffisance, tout en pratiquant le traitement symptomatique approprié (lutter contre l'agitation, l'insomnie, l'anxiété).

Traitement antitoxique général. C'est le *régime*, la suppression de toute substance toxique, la prohibition de tout alcool, de tout mets indigeste, d'abats, de fromages fermentés. Dans les cas légers il sera essentiellement commandé par le bon sens du praticien.

C'est aussi *l'évacuation des toxines* par les dépuratifs salins légers (sulfate de soude à petites doses), les cholagogues, les cholérétiques. Les lavements, les lavages d'estomac peuvent également s'imposer. Il pourra être aussi utile *d'agir sur le rein* par des *diurétiques : Théobromine, lactose, caféine.*

LUTTE CONTRE LA TOXEMIE GRAVIDIQUE. — La *saignée* s'est avérée insuffisante, Aussi certains auteurs tels que A. Mayer, Le Lorier, Le Fieux et A. Dantin, ont essayé *l'injection de sérum de femme enceinte normale*, pensant ainsi fournir à la malade

les principes antitoxiques supposés existant chez la femme saine. Mais cette sérothérapie appliquée à des cas de psychoses gravidiques et à des cas d'éclampsie n'a pas apporté les résultats attendus. Certains auteurs ont invoqué l'existence d'une *intoxication d'origine mammaire* et ont pratiqué tantôt *l'ablation des seins*, tantôt *l'injection d'oxygène à leur niveau.*

Les injections de sérum sucré artificiel ont fréquemment donné de bons résultats. On peut l'administrer par les différentes voies habituelles, notamment en injection intraveineuse à haute dose et chaud. Il faut particulièrement lutter contre la déshydratation de certaines formes par les divers moyens habituels.

Traitement anti-infectieux. — *L'examen gynécologique* s'imposera toujours pour traiter localement toutes infections, s'il y a lieu. Le traitement de la phlébite, de la salpingite, de la rétention placentaire apportera souvent une guérison des troubles mentaux. Sinon, associés au traitement anti-toxique, on pourra user de toutes les médications anti-infectieuses habituelles.

L'abcès de fixation peut être obtenu par l'injection de 5 *cc d'électrargol* ou à raison de 2 *cc d'essence de térébentine* sous la peau de la cuisse. Guiraud pratique, pour favoriser l'hyperleucocytose et la défense de l'organisme l'injection sous-cutanée de 1 *à* 3 *centimètres cubes d'huile d'olive térébentinée au quart. Il n'y a jamais de suppuration véritable et l'incision n'est jamais nécessaire, la résorption se faisant en une quinzaine de jours*, spontanément.

On peut encore administrer de *l'électrargol par voie intraveineuse* ou *intramusculaire*, du *salicylate de soude* ou de *l'urotropine intraveineuse.*

Traitement endocrinien. Dans certains cas même, l'existence d'une insuffisance glandulaire est manifeste et une amélioration notable a pu être obtenue par un traitement approprié. On pourra pratiquer *l'opothérapie hépatique*, sous forme d'extrait injectable, *rénale*, *thyroïdienne*, *ovarienne*, surrénale, hypophysaire. Guiraud a signalé l'influence de l'opothérapie surrénale dans un cas de psychose puerpérale à forme confuso-onirique où le syndrome surrénal était évident. La guérison rapide et complète suivit le traitement.

Prengowski a obtenu 6 guérisons rapides par l'administration *d'extrait de glande pinéale.*

Traitement par la Vitamine E. Guiraud et Nodet ont rapporté récemment une série de 20 *observations* traitées par la Vitamine E. Les auteurs procèdent à *l'injection sous-cutanée tous les deux jours de Vitamine E par séries de* 10 *à* 12 *injections séparées par un intervalle d'une quinzaine de jours.* Ayant remarqué la *fréquence de la mortalité rapide des enfants des malades atteintes de psychoses puerpérales* et du *nombre élevé d'acouchements avant terme*, tout comme dans la *carence expérimentale en vitamine E*, Guiraud et Nodet ont admis alors que la carence en vitamine E pouvait être un facteur pathogène important des psychoses puerpérales.

Ces auteurs insistent sur la nécessité d'appliquer, dès le début, le traitement qu'ils préconisent pour empêcher une atteinte sérieuse de la cellule nerveuse. Ultérieurement, comme traitement préventif, il leur a paru bon *de recommander aux malades guéris de prendre* 20 *à* 60 *gouttes de Vitamine E par jour*, en cas de nouvelle grossesse.

Interruption de la grossesse.

La question est d'importance et des plus discutée selon les auteurs.

R. Dupouy et *A. Courtois* en sont partisans. « *Une psychose gravidique confusionnelle simple ou délirante qui évolue est une menace de démence pour la mère.* Il y a donc lieu de la considérer comme un accident de la grossesse mettant en péril la vie de la mère et motivant l'avortement thérapeutique.

Sivadon est que « *si les troubles mentaux sont graves et ne semblent pas avoir de tendance à la guérison spontanée, l'interruption de grossesse s'impose.* »

Metzger estime qu'il est rarement indiqué d'interrompre la grossesse.

Il semble qu'aucune règle fixe ne puisse être établie. Tout dépend de la forme et de sa gravité. Seules les formes graves sont peut-être justiciables de cette mesure. Pour certains, cette médication ne s'impose guère que dans les états de déchéance physique grave (Claude). L'éclampsie, le syndrome de Korsakoff sont les indications majeures.

Certains cas obligeront parfois à tenir compte de l'état affectif de la malade vis-à-vis de sa grossesse et à peser la nature du retentissement moral que l'avortement thérapeutique sera susceptible d'apporter.

BIBLIOGRAPHIE

BALLET (Gilbert). Des psychoses puerpérales. *Médecine moderne* 1892.

BALLET (Gilbert). Traité de pathologie mentale.

BAR (P.), BRINDEAU (A) et CHAMBRELAUT (J.). La pratique de l'art des accouchements. Article de Chambrelaut et Cathala.

BARBE (A). Psychiatrie. Masson, éditeur.

CHASLIN (Ph). La confusion mentale.

COURTOIS (A.) et MARESCHAL (P.). Le liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale puerpérale. *Ann. Médico-psychol.*, novembre 1936.

DIDE et GUIRAUD. Psychiatrie du médecin praticien. Masson, éditeur.

DUPOUY (R.) et COURTOIS. Des psychoses gravidiques et en particulier de la psycho-polynévrite. *Encéphale*, 1930.

DUPOUY (R.). Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication, *Thèse* Paris, 1904.

DUPOUY (R.). La confusion mentale puerpérale. *La Consultation*, fév. 1930.

GUIRAUD (P.) et NODET. Les psychoses puerpérales et leur traitement. Action de la vitamine E. *Paris médical*, 19 septembre 1936.

LAIGNEL-LAVASTINE, BARBE et DELMAS. La pratique psychiatrique. Baillière, éditeur.

MARCHAND (L.), COURTOIS (A.) et SIVADON. L'encéphalite psychosique aiguë puerpérale. *La Presse médicale*, juin 1935.

CODET et Mlle BADONNEL. Psychoses puerpérales. *Journal médical français*, juill. 1928.

LEVY-VALENSI (J.). Les psychoses puerpérales. *Paris médical*, mai 1929.

LEVY-VALENSI. Précis de psychiatrie. Baillière.

MARCHAND (L.) et COURTOIS (A.). Les encéphalites psychosiques. Le François, éditeur, 1935.

MARCHAND et COURTOIS. Deux cas de psychose post-puer-

pérales. Encéphalite hémorragique. *Annales médico-psychologiques*, juin 1932.

MAUCLAIRE. Psychoses puerpérales et psychoses vraies post-opératoires. *La Médecine*, décembre 1932.

RAPPOPORT (Mlle). Syndrome de Korsakoff, au cours de la grossesse et de la puerpéralité. *Thèse* 1912.

RÉGIS. Précis de psychiatrie. Doin, éditeur.

RIBES (E.). De la perversion morale chez les femmes enceintes. *Thèse* Strasbourg, 1866.

ROGUES DE FURSAC. Manuel de psychiatrie. Alcan, édit.

SERGENT. Traité de pathologie médicale, psychiatrie.

SIVADON (Paul). Les psychoses puerpérales et leurs séquelles. *Thèse* Paris, 1933.

SOLLIER et COURBON. Pratique séméiologique des maladies mentales. Masson, éd.

TOULOUSE (E), MARCHAND (L.) et COURTOIS (A.). Deux cas d'encéphalites psychosiques aiguës post-puerpérales. *Ann. Méd. psychol.*, nov. 1930.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 24 AVRIL 1939.

Virus aphteux. — Mlle Georgette CORDIER. Le virus aphteux peut être absorbé par le charbon d'os et le phosphate tricalcique, le virus n'est pas détruit. Mlle Cordier tire de ses expériences des conclusions permettant des applications à l'immunisation chez le cobaye.

Le séjour prolongé à l'altitude. — MM. Marius PIÉRY, Joseph F. MARTIN, Jean EUSELINE et Carlos PESCHIERA poursuivent leurs études expérimentales sur l'influence biologique d'un séjour prolongé à l'altitude, et les modifications pulmonaires observées par eux.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 9 MAI 1939

M. le Président annonce la mort de M. William H. PARK, de New-York, membre correspondant étranger dans la section d'hygiène, depuis 1924.

Notices. — M. BAUDOUIN lit une notice nécrologique sur M. V. PACHON (de Bordeaux), associé national depuis 1931 et M. PAGNIEZ rappelle les travaux de M. PROSPER MERKLEN (de Strasbourg), correspondant depuis 1928 dans la section de médecine.

Présentation. — M. PASTEUR VALLERY-RADOT présente le VIIe et dernier tome des *œuvres de Pasteur* (mélanges scientifiques et littéraires). M. le Président le félicite d'avoir mené à bien cette magnifique publication des œuvres de son illustre grand-père.

Fièvre jaune. — M. PASTEUR VALLERY-RADOT présente une importante note de MM. PELTIER, DURIEUX, JONCHÈRE et ARQUIÉ. En voici les conclusions :

« 1° Le virus amaril neurotrope appliqué sur des scarifications cutanées détermine l'immunité contre la fièvre jaune.

« 2° L'association de ce virus avec du virus vaccinal (vaccin de culture Plotz) permet d'obtenir une double protection à la fois contre la fièvre jaune et la variole. Chez l'homme, la protection contre la fièvre jaune est acquise dans 90 % des cas. L'immunité contre la variole est obtenue dans les mêmes proportions qu'avec le vaccin jennerien employé seul;

« 3° Les deux immunités peuvent s'installer simultanément sans réaction vive, au moins chez les sujets de race noire. Elles se développent ensemble et indépendamment l'une de l'autre dans les mêmes conditions que séparément.

Le procédé est applicable même aux jeunes enfants.

« Ce mode de vaccination permet d'envisager la protection des masses indigènes et la disparition du réservoir de virus de la fièvre jaune dans un avenir assez rapproché. Son application à 100.000 sujets indigènes vient d'être autorisée. »

Essais de thérapeutique transpulmonaire. — MM. E. et H. BIANCANI et G. et M. DELAVILLE ont réussi à faire pénétrer dans l'organisme à travers le poumon les médicaments les plus divers sous forme de micro-brouillards. Ils montrent que pour certains agents thérapeutiques la médication transpulmonaire donne des résultats comparables au traitement par injection sous-cutanée. C'est ainsi qu'une même quantité d'insuline, quelle soit inhalée ou injectée amène une baisse du même ordre du taux de la glycémie. Le traitement de malades atteints d'affections respiratoires chroniques, de tuberculose pulmonaire a montré la simplicité de la méthode et sa parfaite inocuité.

Les auteurs sont parvenus à emmagasiner les micro-brouillards dans des sacs de caoutchouc : les particules ayant une charge statique élevée n'ont aucune tendance à se condenser et à se déposer sur les parois du sac. On peut ainsi stoker des médicaments, les distribuer à distance et les mettre aisément à la disposition des malades, des alités en particulier. Le malade inhale le contenu du sac à l'aide d'un masque muni de soupapes et il n'y a aucune perte de produit.

Examen radioscopique en salle éclairée. — M. LEDOUX-LEBARD rappelle les avantages de la technique qu'il a mise au point avec MM. Long et Saget pour la pratique de la radioscopie en salle éclairée.

Il montre tout l'intérêt de son application radio-chirurgicale, en particulier pour l'extraction des corps étrangers métalliques et des projectiles sous le contrôle de l'écran, qui est ainsi grandement facilitée, surtout dans ses temps chirurgicaux.

Election. — M. le professeur Léon BINET, titulaire de la chaire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est élu par 71 voix sur 74 votants, membre titulaire dans la 4e section (sciences biologiques) en remplacement de M. Antoine Béclère, décédé.

CONGRÈS

8e Congrès français de gynécologie. — Lille : 27 au 30 mai 1939. — Président d'honneur : M. le Professeur De Snoo, d'Utrecht ; président : M. X. Bender, de Paris.

Question à l'ordre du jour : La parthénologie.

PROGRAMME

Samedi 27 mai : à 11 heures, réception à la Mairie; à 14 heures, séance d'ouverture du congrès ; à 15 heures, séance de travail : 1) exposé du rapporteur général, M. F. Jayle ; 2) embryologie de l'appareil génital féminin, par M. Noël (Lyon) ; 3) Vascularisation des organes génitaux avant la puberté, par MM. Cordier et Devos (Lille) ; 4) remarques sur l'anatomie des organes génitaux féminins avant la puberté, par MM. Cordier, Devos, Renier (Lille) ; à 17 h. 30, réception des congressistes par le commissariat général de l'exposition ; à 20 heures, dîner offert aux congressistes par le comité d'organisation au Carlton (tenue de ville).

Dimanche 28 mai : à 9 heures, séance de travail ; 1) réactions chimiques vaginales sur la fillette et l'adolescente, par M. Vanverts (Lille) ; 2) bactériologie de l'appareil génital depuis la naissance jusqu'à la puberté, par M. Vanverts (Lille) ; 3) Variations du taux de la folliculine dans l'urine et le sang des jeunes filles, avant, pendant, après la puberté, par M. Turpault (Paris) ; à 11 h. 30, départ pour Zuydecoote. Visite du sanatorium. Déjeuner offert aux congressistes ; à 20 heures, dîner du 7e congrès français de gynécologie, salle des fêtes de l'exposition du progrès social (tenue de soirée).

Lundi 29 mai : à 9 heures, séance de travail : 1) tumeurs du sein chez la fillette et la jeune fille, par M. X. Bender (Paris) ; 2) tumeurs de l'appareil génital interne (utérus et annexes) chez la jeune fille impubère, par MM. Delannoy et Demarez (Lille) ; 3) influence de la syphilis sur les fonctions ovariennes, par MM. Paucot et Bedrine (Lille) ; à 11 h. 30, réception par M. le Président du Congrès et Mme Bender ; à 14 heures, assemblée générale de la société française de gynécologie ; à 15 heures, séance de travail : 1) les imperforations de l'hymen et les absences congénitales du vagin, par M. Favreau (Lille) ; 2) présentation de films (prière de s'inscrire à l'avance et d'indiquer la dimension des films) ; 3) communications ne portant pas sur la question à l'ordre du jour (ces communications ne peuvent être faites que par les congressistes des pays non limitrophes de la France).

Mardi 30 mai : excursion offerte par le comité d'organisation sur les plages de la Manche, de Calais, au Touquet-Paris-Plage. Déjeuner à 13 heures, offert par la Municipalité du Touquet. Retour à Lille.

Mercredi 31 mai : départ de l'excursion organisée par Duchemin-Exprinter.

La Belgique en trois jours : Lille, Ypres, Dixmude, Gand, Bruxelles, Malines, Anvers, Louvain, Liège, Namur, Charleroi, Mons, Tournai, Lille.

S'inscrire aux « Voyages Duchemin-Exprinter », 26, avenue de l'Opéra, Paris 1er.

Pour les inscriptions au congrès et tous renseignements, on est prié de s'adresser à : M. le Docteur Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris 9e. Compte chèques postaux : Paris 1211-48.

Congrès de la diurèse, Vittel, 27, 28 et 29 mai 1939. — La date d'ouverture du congrès de la diurèse est proche... Etes-vous inscrit ? Sinon, faites-le sans tarder.

Pour 200 francs (droit d'inscription obligatoire)

— Vous participerez à une manifestation scientifique du plus haut intérêt,

— Vous profiterez d'un séjour gratuit (3 jours et 4 nuits) dans les premiers hôtels de la station. Séjour comportant d'ailleurs banquet et soirée de gala,

— Vous bénéficierez d'un tarif réduit de transport sur les chemins de fer (40 %).

Pour 100 francs (par personne) : mêmes avantages que ci-dessus pour votre femme ou vos enfants non mariés.

Ne laissez pas échapper cette occasion unique de passer d'agréables et intéressantes fêtes de Pentecôte.

Envoyez ce jour même votre adhésion à M. P. Frisch, secrétaire administratif du congrès, à Vittel (Vosges).

N.-B. — Si, en cas de force majeure, le congrès n'avait pas lieu, ce qui est fort improbable, le montant des cotisations serait immédiatement remboursé aux intéressés.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 39. — MERCREDI 17 MAI 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.
Vitamine C et encéphalites psychosiques azotémiques, par MM. MERLAND et H. OLLIVIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux.

FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE.

LIVRES NOUVEAUX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

NOTES POUR L'INTERNAT.
Signes et diagnostic des infarctus pulmonaires (fin), par M. G. LE SUEUR.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. 2e *Concours de chirurgien des hôpitaux. Nomination.*

Première épreuve clinique : MM. Longuet, 18 ; Petit, 18 ; Cordier, 16.

Médecine opératoire : MM. Baumann, 25 ; Aboulker, 24 ; Longuet, 26 ; Cordier, 24 ; Petit, 25 ; Rudler, 24.

Opérations données : Ligature de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole. — Désarticulation du 3e doigt avec son métacarpien.

Hôpital central des prisons de Fresnes. — Le *Concours de l'Internat de l'Hôpital Central* des prisons de Fresnes s'est terminé par la nomination des candidats suivants : Internes titulaires : MM. Bonaud Maurice ; Joinville Eugène ; Vermeulen Roger ; Brinon Raymond. Internes provisoires : MM. Oudot Marcel ; Corcos Victor.

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours pour une place de médecin accoucheur adjoint s'ouvrira dans la 2e quinzaine de novembre 1939.

Inscriptions et renseignements avant le 15 octobre 1939 au Secrétariat de la commission administrative des Hospices, 5, rue Hoche, à Nîmes (Gard).

Conseil supérieur des assurances sociales. — Il est institué à titre temporaire, auprès du conseil supérieur des assurances sociales une commission spéciale de la tuberculose, chargée de préparer l'adaptation de la réglementation de l'assurance-invalidité à la lutte contre la tuberculose, et de définir une politique générale des assurances sociales au regard de cette cause d'invalidité.

Sont nommés membres de cette commission :

Au titre de représentants du conseil supérieur des assurances sociales

M. le docteur Hilaire, secrétaire général suppléant de la confédération des syndicats médicaux français.

M. Yung, administrateur de la caisse interdépartementale des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise.

M. Poinsot, membre de l'union des sociétés de secours mutuels de la banlieue Ouest.

Au titre de représentants du ministre de la santé publique.

M. le docteur Poix, médecin phtisiologue assermenté du ministère de la santé publique.

M. Felix, chef de bureau au ministère de la santé publique.

M. Richard, chef de bureau au ministère de la santé publique.

Les rapporteurs près cette commission sont pris parmi les rapporteurs du conseil supérieur des assurances sociales.

Le secrétariat de la commission est assuré par le secrétariat général du conseil supérieur des assurances sociales.

Les étudiants rappelés sous les drapeaux. — Le ministre de l'éducation nationale a décidé d'instituer des sessions spéciales d'examens et de prendre des dispositions particulières qui permettront de conserver le bénéfice des inscriptions, des bourses ou prêts d'honneur, et de sauvegarder les droits des candidats aux divers concours.

Un projet tendant à résoudre tous ces problèmes d'ordre universitaire, administratif ou professionnel, posés par les circonstances, sera incessamment soumis par le ministre à l'approbation du gouvernement.

Ministère de la Santé Publique. — La composition des commissions départementales de la natalité et de la protection de l'enfance est modifiée par le décret suivant (*J. off.*, 12 mai).

« Art. 1er. L'article 1er du décret du 4 décembre 1930 est complété ainsi qu'il suit :

« D'un médecin désigné par le Préfet sur une liste de proposition en nombre double présentée par l'Association des médecins pères de famille nombreuse, s'il en existe dans le département. »

Marine marchande. — Un examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine Marchande, réservé aux docteurs en médecine français, aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine (laboratoire d'hygiène), les 22, 23 et 24 juin 1939.

Les dossiers des candidats devront être adressés, *un mois à l'avance*, au Ministère de la Marine Marchande (direction de la Flotte de Commerce du Travail Maritime), 3, place de Fontenoy, Paris (7e).

Cette demande devra être établie sur papier timbré et revêtue en outre d'un timbre fiscal de 20 frs pour paiement des droits d'inscription à l'examen.

Association amicale des anciens médecins des corps combattants. — « Le général Gamelin a présidé la semaine dernière le dîner annuel des Anciens Médecins des Corps Combattants. Cette brillante réunion qui groupait plus de 200 médecins, anciens médecins de bataillon, pendant la guerre, venus de tous les coins de la France, était également honorée de la présence du général Colson, chef d'état-major de l'Armée, et des plus hautes personnalités de la médecine de nos Armées de terre et de mer.

Le Président de l'Association, le Dr Yoyotte rappela les origines et les buts de cette Association dont tous les membres ont vécu la vie du Poilu, avec ses dangers et ses souffrances physiques et rendit un pieux hommage à ses Morts : Pour les citer, il faudrait évoquer les fastes mêmes de la Guerre et parcourir de la mer aux Vosges tous les plis de la Terre de France où ils dorment dans leur linceul de Gloire. Et ce fut dans un élan spontané et impressionnant que la salle entière se leva dans un toast « à la France ».

Le général Gamelin, dans une vibrante allocution, rappela le rôle du médecin en général et du médecin d'Armée en particulier : « Les médecins sont pour l'Officier les compagnons de toute la carrière. Est-il une des branches de l'activité humaine qui témoigne d'une utilisation aussi constante du progrès pour le bien de tous ».

Pour tous renseignements concernant cette Association, s'adresser au Secrétaire Général, Dr Bellanger, 2, rue Pigalle.

Académie Duchenne de Boulogne. — Le prix annuel de dix mille francs décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne à un travailleur indépendant de nationalité française, dont l'œuvre ou la création ayant trait aux sciences médicales, sera jugée la meilleure sera attribué le premier jeudi de décembre 1939, le sujet restant au choix de l'auteur.

L'objectif de l'Académie est de récompenser un travailleur qui, par ses propres moyens, à l'instar de Duchenne de Boulogne aura fait progresser la science médicale française.

Les mémoires inédits, et non encore récompensés, dactylographiés en quatre exemplaires, devront être adressés au Secrétariat de l'Académie (Centre Marcelin Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris 8e) avant le 1er octobre 1939.

Joindre références et *curiculum Vitae.*

NECROLOGIE

— M. le professeur M.-A. Nicolas, ancien professeur d'anatomie à la Faculté de Nancy puis à celle de Paris, vient de mourir à Nancy à l'âge de 78 ans. Il était membre de l'Académie de médecine depuis 1918.

— Le docteur Détis (à Suresnes) père du Dr Détis, médecin légiste à Versailles.

— Le docteur Legrain, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine.

VITAMINE C
ET
Encéphalites psychosiques azotémiques

PAR MM.

A. MERLAND et H. OLLIVIER

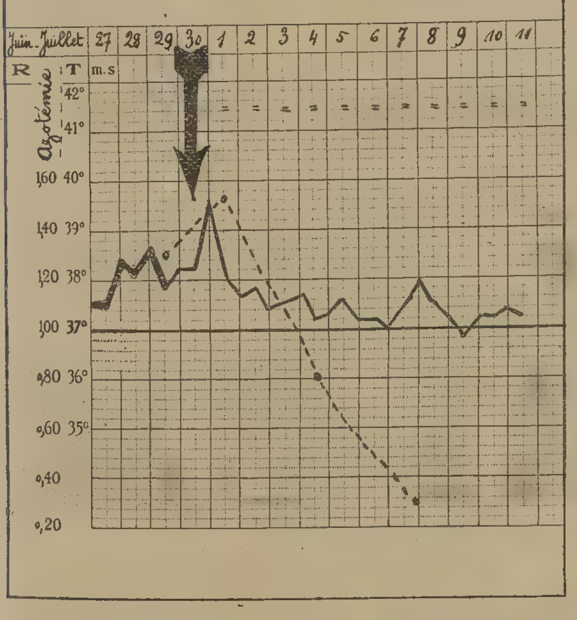
Médecin-chef Centre d'Hygiène mentale — Interne de Marseille

Depuis ces dernières années, l'emploi de la Vitamine C se répand de plus en plus dans la thérapeutique des états toxi-infectieux les plus divers et de très nombreuses publications ont été faites à ce sujet. Tous les auteurs, s'ils ne lui attribuent pas une propriété spécifique du fait que l'on n'a pas encore trouvé véritablement dans l'acide ascorbique de principe antitoxi-infectieux neutralisant quantitativement les toxines, du moins, sont d'accord pour reconnaître en lui le rôle d'un intermédiaire précieux exaltant la défense de l'organisme en même temps qu'il en augmente la résistance et qu'il amoindrit la gravité de l'état toxique.

Nous appuyant, d'une part, sur ces propriétés anti-infectieuses, d'autre part, sur l'heureuse action que la Vitamine C exerce dans le traitement de certains troubles neuropsychiques (Bersot, Demole, Menshikow); nous avons été amenés à expérimenter la C — Vitaminothérapie, dans les cas d'encéphalites psychosiques azotémiques.

Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de publier les observations résumées de six malades, de notre service de femmes, que nous avons traitées pendant ces cinq derniers mois par des séries d'injections de Vitamine C.

Observation I. — Mme Tra..., Thérèse, 29 ans, entre le 28 juin 1938 pour état mixte, avec agitation motrice désor-

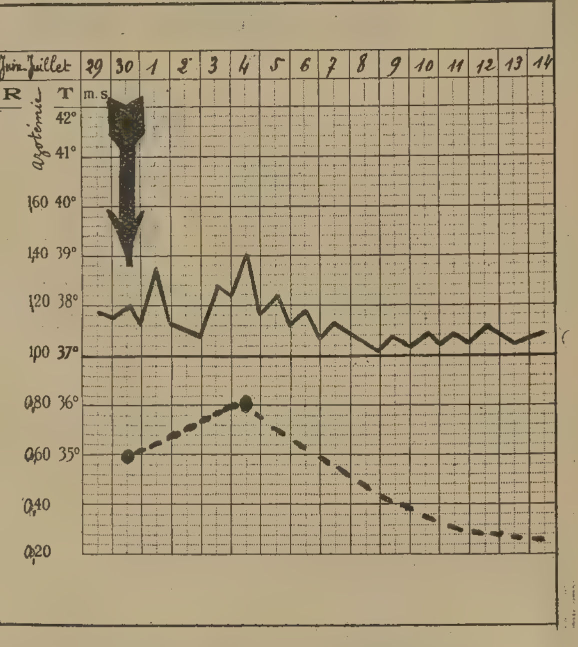


donnée, impulsivité, idées délirantes mélancoliques. Confusion. Gâtisme. Refus intermittent des aliments. Voies digestives extrêmement saburrales. Puis prostration ; aucun signe méningé. Température 38°4. Azotémie 1,30 gr. le 29 juin, puis à 1,50 gr. le 30; en même temps que la température atteint 39°6.

Au traitement habituel (bains prolongés, tonicardiaques, extrait hépatique), on associe des injections journalières de Vitamine C. Quarante-huit heures après, chute normale de la température qui reste à 38°, puis oscille les jours suivants entre 37°5 et 38. Des azotémies successives montrent en parallèle la diminution du taux d'urée dans le sang, qui, par étapes, redevient normal le 7 juillet, en même temps que la température. Ensuite, convalescence et reprise de l'état général rapides, sortie 15 jours plus tard.

Ces cas d'encéphalite aiguë azotémique semble avoir eu son évolution écourtée et rendue favorable grâce aux injections de Vitamine C (au total 12 injections).

Observation II. — Mme Fa..., Juliette, 50 ans, entrée le 29 juin 1936 pour confusion mentale, avec désorientation, incohérence, divagations délirantes, agitation motrice, insomnie et gâtisme. Etat très saburral des voies digestives et fétidité de l'haleine. Le lendemain de son admission, cette malade fait un épisode toxi-infectieux, avec



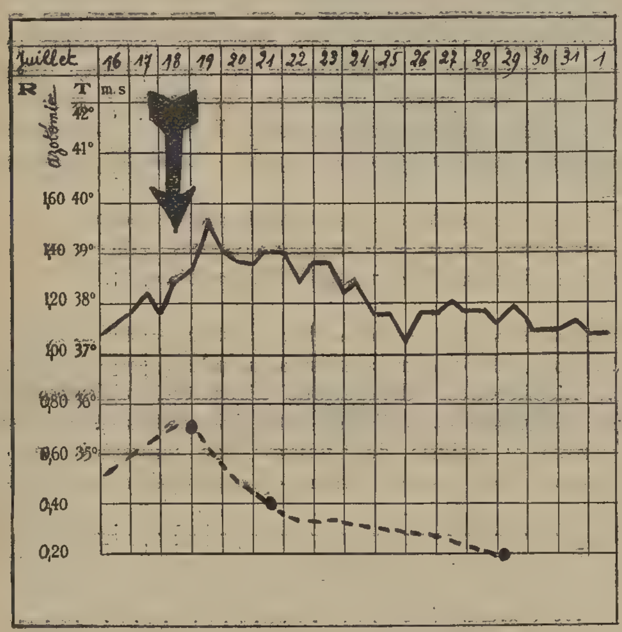
température oscillant entre 38° et 39°. L'azotémie d'abord à 0,60 gr. atteint bientôt 0,80 gr. Asthénie marquée, inappétence, tristesse, dépression.

Alimentation artificielle, tonicardiaques, injections de Vitamine C, lavements froids. Le 4 juillet, régression de l'état toxi-infectieux, la température redevient normale, l'azotémie est à 0,25 gr. Puis, peu à peu, reprise de l'appétit, ce qui permet une alimentation normale ; la malade est moins confuse.

Nouvelle série de 12 injections de Vitamine C, le 26 juillet, qui a pour effet de calmer l'agitation, de donner une reprise marquée de l'état général et de débarrasser notre malade de la stomatite dont elle était atteinte.

Observation III. — Mlle Cad..., M.-L., atteinte de psychose intermittente, présente le 17 juillet 1938 un syndrome de confusion mentale aiguë. Agitation extrême. Logorrhée. Délire. Confusion. Inconscience absolue et gâtisme. La température d'abord subnormale atteint 39°5 le 20 juillet. En même temps, état toxi-infectieux très grave, langue saburrale, lèvres fuligineuses, salivation spumeuse, fétidité repoussante de l'haleine. Azotémie à 0,65 gr.

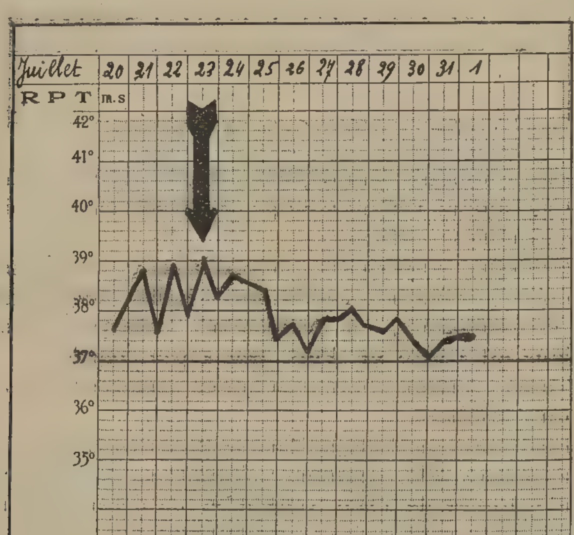
Au traitement, par balnéation prolongée, on associe à l'extrait hépatique des injections de Vitamine C (série de 10 ampoules au total). Dès le lendemain de la première injection, la température baisse légèrement. Rapidement, l'état général devient meilleur, le taux de l'azotémie baisse,



il n'est plus qu'à 0,40 gr. le 21 juillet. Le 31 du même mois, la température est normale, l'azotémie est à 0,25, les voies digestives sont propres, l'odeur infecte a disparu. L'appétit revient. L'état mental est considérablement amélioré.

Nous étions en présence d'un début d'encéphalite azotémique, dont l'évolution fut amoindrie par l'emploi de Vitamine C.

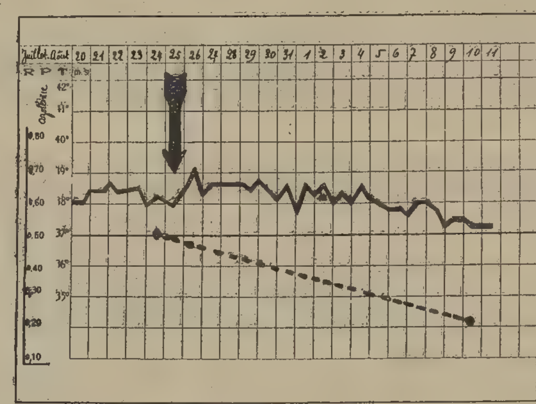
Observation IV. — Mme Cés..., Louise, 41 ans, atteinte de psychose intermittente, ayant un troisième accès le 19 juillet 1938, caractérisé par un état maniaque aigu, avec



logorrhée peu cohérente, fuite des idées, érotisme, irritabilité, agitation motrice désordonnée ; cet état s'accompagnant d'une azotémie atteignant près de 0,50 gr., avec température oscillant entre 38°4 et 39°. Etat saburral des voies digestives.

On institue une série de 12 injections de Vitamine C. Dès vingt-quatre heures après la première injection, la température qui jusqu'alors s'élevait, diminue, pour osciller entre 37°5 et 37°8 pendant six jours, puis redevient normale. Ici encore, il semble bien que la Vitamine C ait entravé l'évolution de cette encéphalite psychosique azotémique, en même temps qu'elle a exercé une action sédative, la malade ayant eu une période de calme.

Observation V. — Mme Mé..., C., 37 ans, atteinte de psychose intermittente. Présente un accès de confusion mentale qui motive sont entrée le 19 juillet 1938, avec obtusion intellectuelle. Prostration et insomnie. Voies digestives saburrales. Température à 38°. Azotémie à 0,50 gr. Puis la température s'élève légèrement ; les jours suivants, la malade présente des signes de toxi-infection nets. Le 25 juillet, aux bains prolongés, tonicardiaques et extrait hépatique, que l'on fait habituellement dans ces états, on joint une ampoule de Vitamine C, pendant 12 jours. La température se maintient à un même niveau pendant quelques jours, mais la malade est moins prostrée et moins



agitée. Les voies digestives se nettoient, la température baisse en lysis. Une nouvelle azotémie pratiquée le 10 août (0,25 gr.) marque la fin de cette encéphalite psychosique azotémique dont la Vitamine C paraît très certainement encore avoir enrayé l'évolution, en dehors de l'action bienfaisante qu'elle a exercée sur l'état général.

Observation VI. — Mme Gra..., Pierrette, 24 ans, entre le 20 septembre 1938 pour confusion mentale avec désarroi intellectuel considérable, agitation motrice désordonnée, violence, impulsivité. Désorientation absolue. Gâtisme. Refus d'alimentation. Ne boit pas. Température à 38°2, azotémie à 0,70 gr. Etat saburral des voies digestives, fétidité extrême de l'haleine. Bonne constitution physique, mais, rapidement, affaiblissement général ; état grave toxi-infectieux. La température atteint 39°5 au cinquième jour; la bouche est empâtée, salivation spumeuse, lèvres fuligineuses. Rétention d'urine, ce qui oblige à pratiquer des sondages vésicaux réguliers, dès le deuxième jour. L'azotémie atteint 1,35 gr. huit jours après la date d'entrée.

On associe au traitement habituel (bains prolongés, tonicardiaques, extrait hépatique, sérum physiologique ou glucosé en permanence, sondes liquides nasales journalières), des injections de Vitamine C. Dès le quatrième jour suivant la première injection, la température, après quelques clochers au-dessous de 39°, baisse nettement, pour atteindre 37° le 3 octobre. A cette même date, le taux de l'azotémie n'est plus qu'à 0,90 gr.

Ici, notre malade fait quelques épisodes de congestion pulmonaire avec toux et expectoration (la température s'élève jusqu'à 38°5), ce qui provoque, comme on le voit sur la feuille de température, des oscillations de la courbe ther-

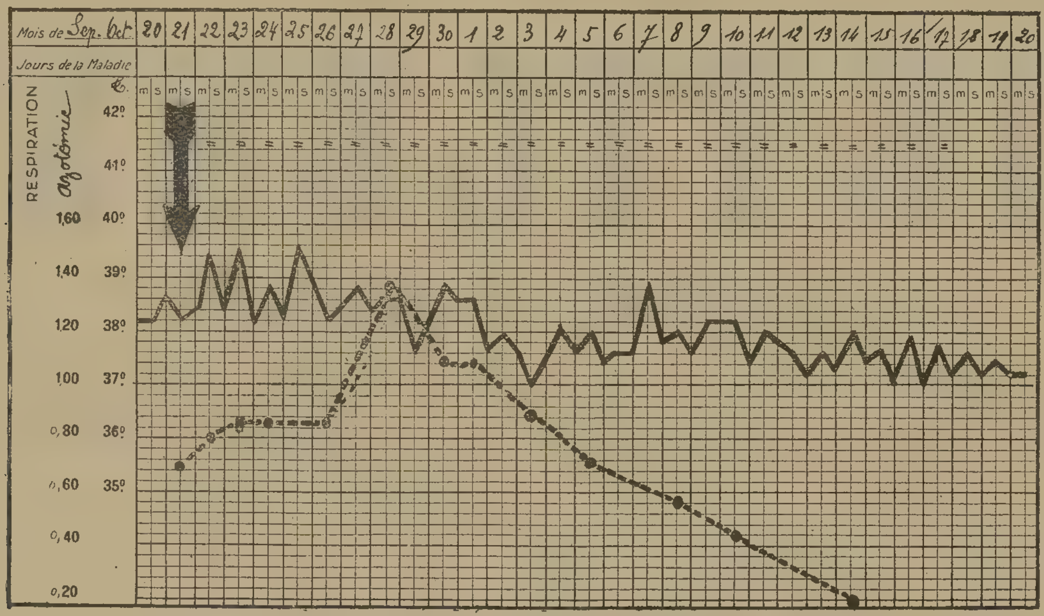
mique. Néanmoins, l'azotémie continue à baisser franchement.

La malade se cachectise, s'affaiblit de jour en jour, une escarre fessière apparaît, on traite énergiquement sa pneumopathie, la situation s'aggrave encore. Notre jeune femme ne boit toujours pas, n'urine pas par ses propres moyens ; une diarrhée profuse s'installe. L'état mental est toujours le même ; seules, l'agitation et l'excitation cérébrale ont diminué d'intensité. On réduit la quantité des liquides pendant quelques jours. Puis, on reprend l'alimentation par sonde. L'épisode pulmonaire régresse. L'état général s'améliore, la température oscille entre 37° et 37°8; l'azotémie est à 0,20 gr. Le 17 octobre, la malade urine sans sondage, elle boit, puis s'alimente seule ; à partir du 20 octobre la température se maintient à 37°2.

Nous avons obtenu des résultats superposables, dans ces six cas d'Encéphalite Psychosique Azotémique, où l'état toxi-infectieux et les troubles mentaux s'accompagnaient toujours d'une élévation du taux de l'azotémie.

En effet, chez ces six malades, la Vitamnie C a agi chaque fois d'une manière analogue. Nous avons vu son action s'exercer à un triple point de vue : général, local et mental.

Du point de vue général, la température tombait le plus souvent le jour suivant la première injection. Dans deux cas seulement, elle n'a diminué qu'au quatrième jour. Mais, ces deux dernières formes étant particulièrement graves, tout nous porte à croire que



L'état mental s'améliore considérablement, la jeune femme recouvre peu à peu ses souvenirs, elle se rend compte de la gravité de son état passé, elle reconnaît les siens. Quelques jours après, elle se lève ; le 10 novembre, elle sort guérie.

Dans ce cas d'encéphalite azotémique, dès le quatrième jour qui a suivi la première injection de Vitamine C (38 injections au total) la température a baissé, l'azotémie de même à partir du huitième jour. Un épisode fébrile pulmonaire est venu compliquer le tableau clinique et prolonger l'évolution de 17 jours.

***

Nous avons employé comme Vitamine C, l'acide ascorbique lévogyre produit spécialisé sous la dénomination de Laroscorbine « Roche » en France et de Redoxon « Roche » à l'étranger (1). Nous l'avons utilisé quotidiennement sous sa forme injectable, en ampoules de 2 cc. dosées à 0,10 gr. (ce qui correspond à 2.000 U. Internationales) par voie intra-musculaire.

sans injection de Vitamine C, le maximum thermique aurait été plus élevé encore. En même temps, et parallèlement à la température, nous avons vu baisser le taux de l'urée sanguine, comme le montre la courbe tracée en pointillé sur les feuilles de température de nos observations (il ne nous a pas été possible de le faire pour chaque cas) et nous pouvons même dire que nos malades à la fin de leur délire étaient en état d'hypoazotémie légère, puisque le taux de l'urée dans le sang ne dépassait pas 0,25 gr. De même l'agitation et l'insomnie cessaient. L'appétit revenait; ces malades oppressées, au nez pincé, aux yeux excavés, au teint cireux, aux lèvres cyanosées, reprenaient un bon facies; l'état général très grave du début s'améliorait rapidement.

Si l'action de la Vitamine C sur l'état général était manifeste, bien plus encore se remarquait le rôle électif qu'elle joue sur le tube digestif (Menshikow, Hetenyi) véritable action « de nettoiement » si l'on peut s'exprimer ainsi. De cette bouche saburrale à l'haleine d'odeur repoussante, de cette langue couenneuse du début, il ne restait plus rien; en quelques jours seulement tout disparaissait: la cavité buccale devenait propre, rose et humide, l'odeur infecte avait disparu.

(1) Ce produit nous a été obligeamment fourni par les Laboratoires Hoffmann-La Roche.

Au point de vue mental, nous avons constaté une régression marquée des phénomènes confusionnels ; nos malades semblaient sortir de leur état de torpeur. L'excitation cérébrale ainsi que l'agitation motrice diminuaient, le sommeil devenait paisible, le délire se calmait.

Connaissant l'étendue de l'action de la Vitamine C sur les diverses fonctions de notre organisme, et les rapports étroits qui la lient au fonctionnement des glandes endocrines, en particulier du foie et des capsules surrénales, on comprend aisément que ces deux organes dont le rôle est capital pour le maintien de notre équilibre, puissent lutter efficacement et avec une vigueur toute nouvelle après avoir fait à nouveau « le plein » de Vitamine C.

Il découle de tout ceci que la Vitamine C nous apparaît bien ici comme un agent thérapeutique très maniable, (puisqu'aucun cas d'hypervitaminose n'a été signalé dans la littérature), et des plus précieux dans tous ces cas, où l'état est profondément touché et où les moyens de défense de notre organisme sont inhibés.

BIBLIOGRAPHIE

BERSOT. *Annales Médico-psychologiques*, n° 1, janvier 1936, p. 186-198. *Revue Neurologique*, n° 2, février 1936, p. 234-248.

DEMOLE. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, février 1936. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 18 juillet 1936, p. 685.

EITEL. *Zeitschrift für Vitaminforschung*, n° 1, janvier 1938, p. 45-53.

HETENYI. *Klin. Wschrft.*, 1935, p. 1470.

MANDILLON. *La Pratique Médicale Française*, n° 12, novembre 1936 (B), p. 514-544.

MENSHIKOW. Problems Nutrition, 1934, p. 66.

MOURIQUAND, SÉDAILLAN et CŒUR. *Presse Médicale*, n° 104, 796.

MOURIQUAND, SÉDAILLAN et CŒUR. *Presse Médicale*, n° 104, décembre 1935, p. 2113. Comptes rendus des séances de la Société de Biologie de Lyon. Séance du 10 juillet 1935, n° 30, p. 216-217.

PAGNIEZ. *Presse Médicale*, n° 40, 18 mai 1935, p. 804-805.

SABRAZÈS. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 24 janvier 1937, n° 4, p. 49-50.

STOIA et P. STANCIULESCO. *Romania Médicala*, 1er mars 1938, p. 67-69.

TOSHIO OTANI. *Klinische Wochenschrift*, 19 décembre 1936, p. 1884-1885.

La nuit de mai de l'entr'aide des rhumatisants. — Les « nuits de mai », fêtes annuelles de l'entr'aide des rhumatisants, furent inaugurées l'an dernier par une magnifique soirée de gala au Centre Marcellin Berthelot. Cette soirée, d'une rare élégance, fut un succès. Il faut que les « nuits de mai » soient des succès, car elles constituent avec une tombola, les seules ressources d'une œuvre unique en son espèce, et qui a tant de grands malheureux à soulager.

Cette année le décor est changé. C'est au café concert, à Bobino, que l'entr'aide nous convie le soir du 25 mai ; ainsi les fêtes seront variées. La représentation sera gaie, joyeuse, n'exigera pas la tenue de soirée.

Places à 25, 40, 60 francs, chez M. F. Dausset, 30, rue Bonaparte et à Bobino.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 26 AVRIL 1939

A propos de la fermeture intra péritonale des anus artificiels. — M. Wilmoth rapporte sa statistique intégrale qui porte sur 18 cas ; aucun échec.

Troubles physio pathiques d'origine traumatique. Guérison par l'acétylcholine. — Rapport de M. Ménègaux sur une observation de MM. Curtillet et Salasc.

A la suite d'une piqûre du 5e doigt, un pêcheur présente des troubles physio-pathiques se traduisant par de la contracture, flexion des doigts voisins ; hypoesthésie, troubles vaso-moteurs locaux. M. Curtillet entreprend un traitement par l'acétylcholine ; dès la première injection, on note une amélioration considérable. La guérison est obtenue au bout de quelques jours.

Un cas de plaie pénétrante de l'abdomen par empalement. — M. Ménègaux fait un rapport sur cette observation de MM. Swynghedauw et Wacquet.

Il s'agit d'un empalement par une règle de bois ayant pénétré dans le rectum d'une longueur de 20 cm environ. Le diagnostic de plaie de la vessie est posé ; cystostomie drainage, on ne fend rien ni sur la plaie de la base de la vessie, ni sur la plaie rectale. Guérison.

Les ecchymoses dans la fracture de l'apophyse styloïde de l'os temporal. — M. L. Bazy rapporte cette observation due à M. Sylvain Blondin ; remarquable par l'existence d'ecchymoses externes linéaires au niveau de la région latéro cervicale.

Suivant la direction des fibres du muscle stylohyoïdien et l'autre interne latéro pharyngée occupant le palais mou.

Deux cas d'iléite terminale segmentaire chronique. — M. Bréchot a eu l'occasion d'observer les deux cas suivants :

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 37 ans, porteur d'une tumeur suspubienne latéro iliaque droite ne s'accompagnant d'aucun trouble digestif important ; le lavement baryte injecte la dernière anse grêle. A l'intervention, tumeur de la dernière anse grêle sur 40 cm environ, tumeur cartonnée ; résection.

Dans le deuxième cas, femme de 57 ans, ayant présenté amaigrissement, quatre crises abdominales douloureuses. A l'intervention, tumeur de la dernière ause grêle. L'examen histologique montre de nombreuses ulcérations avec réaction inflammatoire non spécifique.

Il s'agit de deux observations et éléite chronique, dénomination qui parait marquer un stade évolutif de l'affection décrite par Crohn. M. Bréchot discute les facteurs étiologiques (mécaniques, stase intestinale) de l'affection.

Les luxations de l'épaule en haut. — MM. Ameline et Coldefy ont eu l'occasion d'observer un cas de luxation en haut de l'épaule dont ils présentent l'iconographie ; les auteurs rappellent le mécanisme et les lésions anatomiques de cette luxation ; Malgaigne a bien insisté sur le rôle du ligament acromio-caracoidien que la tête humérale franchit et qui s'oppose à

la réduction. La contracture musculaire semble jouer d'ailleurs un rôle important.

M. Fèvre se demande s'il n'y a pas une anomalie de la région, ayant pu prédisposer à la lésion (cavité glénoide très petite).

Une tumeur à myéloplaxes. — M. Moulonguet a observé une femme de 25 ans, atteinte d'une tumeur à myéloplaxes de l'extrêmité inférieure du fémur qui a pris des proportions telles qu'on est amené à faire une résection large du genou (après deux évidements successifs). Les séances de radiothérapie effectuées sur la lésion semblent n'avoir eu aucune influence ; ces échecs ne sont d'ailleurs pas exceptionnels.

M. Moulonguet souligne à nouveau la nécessité de confronter radiographies, examen clinique et histologique pour poser le diagnostic de nature d'une lésion osseuse.

M. Mathieu a observé un cas de tumeur à myéloplaxes de l'extrêmité supérieure du tibia dont l'extension était telle qu'il fut dans l'obligation de pratiquer une amputation de cuisse.

Les sténoses cicatricielles de l'œsophage. — M. Soulas présente un film sur les méthodes de traitement de ces lésions.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1939.

Pellagre chez un alcoolique révélée par un essai d'héliothérapie d'une polynévrite. — MM. Villaret, Justin-Besançon, Klotz et Sikorav déclarent que les éruptions dites pellagroïdes méritent d'être réintégrées dans les cadres de la pellagre (avitaminose P. P). La polynévrite dépendrait d'une avitaminose B. Les carences multiples chez les éthyliques ont une grande importance clinique : les auteurs montrent qu'il n'y a pas que des carences d'apport ; il y a un véritable trouble d'utilisation des vitamines, auquel s'ajoute le rôle de déséquilibre alimentaire.

Résultats et injections médicamenteuses en goutte à goutte veineux. — MM. Loeper et Varay démontrent les bons effets de cette méthode dans le traitement de fond des affections cardio-vasculaires, septiques, algiques et même cancéreuses. Par exemple, la digitaline, l'ouabaïne, l'acétycholine réussissent mieux en goutte à goutte veineux. Les algies réagissent mieux à la morphine ainsi employée ; de même l'atropine qui ne provoque plus la sécheresse de la bouche. Dans les néoplasmes, les injections de colchicine amènent une modification heureuse de l'état général. La sulfamide donne souvent de bons résultats dans les infections graves.

A propos de l'intoxication oxy-carbonée. — M. Loeper. Dans de nombreux cas d'intoxication aiguë, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Le taux de C-O dans le sang ne donne pas la mesure de la gravité de l'intoxication. Il y a des guérisons avec 170 cm3 ;

2° L'oxycarbonémie persiste parfois pendant 15 jours ;

3° Au 12e jour de l'intoxication, on peut le retrouver au niveau du foie et du cerveau.

Un cas de diabète rénal pur lié à l'état gravidique. — MM. Decourt, Guillaumin et J. Guillemin. Observation d'un diabète rénal contemporain de la grossesse, chez une principare de 35 ans. La glycosurie débute au cours du 5e mois et disparaît 2 jours avant l'accouchement. Il s'agissait d'un diabète rénal pur. Les auteurs croient qu'il existe au cours de la grossesse une augmentation générale de la perméabilité cellulaire, liée à une fonction endocrinienne destinée à favoriser les échanges entre la mère et le fœtus.

Hypocalcie, d'expression différente, chez la mère et chez l'enfant. — M. Decourt. Femme de 34 ans se plaint de douleurs dorsales accompagnant une cyphoscoliose discrète. Dans ce cas, aux troubles vertébraux, s'associent la perte de toutes les dents, un signe de Chwostek, des crises de tétanie, et l'abaissement du calcium sanguin. L'auteur emploie le terme d'hypocalcie, qui évoque le fait le plus constant et le plus saisissable, celui qui définit le mieux la maladie.

Présentation d'un malade atteint de maladie du sommeil à Trypanosomia gambiense. — MM. Pinard, Brumpt et Raymondeau. Malade de 32 ans, entre dans le service de la malariothéraphie à Cochin. On note le Boidet-Wassermann positif. La recherche des trypanosomes dans le liquide céphalo-rachidien s'est montrée positive. Le malade se plaignait de crises d'épilepsie depuis 6 mois ; il présentait des adénopathies cervicales et du prurit. Il s'est agi d'une forme latente de trypanosomose à rechute.

Méningite à méningocoque compliquée de septicémie à méningocoque. Guérison par sulfamide. — MM. Decourt, Martin, Hérault et Paxthier. Enfant de 13 ans ayant fait une méningite cérébro-spinale à méningocoques, guérit par une dose faible de 1162 F qui ne put empêcher une scepticémie à méningocoque de s'installer et d'évoluer. Cette septicémie ne céda qu'à une forte dose du produit qui amena la défervessence et l'arrêt de l'infection.

Septicémie pneumococcique mortelle avec irido-choroïdite métastatique, endocardite, et méningite. Traitement par la α / para-aminosulfamido-pyridène. — MM. H. Bénard, Merklen et Requignot essai au cours d'une septisémie pneumococcique de doses élevées de 693. Après phase de tolérance apparition d'œdèmes, et d'une déglobulisation rapide. L'action du 693, indéniable sur la température n'a été qu'incomplète, et n'a pu faire disparaître ni la positivité des hémocultures ni empêcher l'évolution fatale.

25 cas de pneumopathies aiguës graves traitées par un dérivé soluble de la sulfamide, le 109 M. — MM. Besnoit et Grupper rapportent les résultats très favorables obtenus avec un dérivé soluble de la sulfamide, le 109-M dans 25 cas de pneumopathies aiguës graves. Par cette thérapeutique : transformation rapide, générale, accompagnée d'une sédation manifeste des troubles fonctionnels et d'une chute précoce de la température.

Un cas de granulomatose maligne à détermination vertébrale primitive (forme pseudo-pottique de la maladie de Hodgkin). — MM. Massot et Pellé (Rennes). Malade atteinte de granulomatose maligne à forme banale spléno-ganglionnaire, ayant d'abord présenté une localisation vertébrale unique. La malade fut considérée comme une pottique pendant 3 ans et traitée comme telle. La radiographie montra une image touchant exclusivement le corps vertébral et respectant les disques, plus proche du cancer que de la tuberculose.

Fédération corporative des Médecins de la Région parisienne

ORDRE DU JOUR :

Le Conseil d'Administration de la Fédération Corporative des Médecins de la Région parisienne, réuni le 5 mai 1939,

Considérant les conditions d'exercice particulières à la profession médicale ;

Considérant que la question de la retraite n'a pas été l'objet d'une étude suffisante et qu'en particulier elle n'a pas été poussée en fonction des conditions d'exercice de la profession ;

Considérant la difficulté qu'il peut y avoir à gérer des sommes aussi considérables que celles produites par les versements obligatoires de tous les médecins, et le défaut de garantie fournie aux adhérents ;

Considérant que le sacrifice demandé aux médecins ne prenant pas leur retraite — et ce serait la majorité — dépasserait largement 100.000 fr. ;

qu'il n'est pas démontré que cette somme placée en viager à 65 ans et avec toutes garanties, ne produirait pas une rente équivalente à celle proposée et cela sans interruption obligatoire de l'exercice de la profession ;

que la question de la retraite des travailleurs doit être envisagée en proportion de la natalité pour ne pas être contraire aux intérêts du pays ;

Se déclare résolument opposé au projet de Retraite Médicale Pomaret — Secrétaire général de la Confédération.

Guide médico-social, par Ed. DEHAUSSI. — Un vol. in-8° coquille, 360 pages, relié : 40 francs (franco : 42 francs). S'adresser à M. Desgrippes, 147, rue de Rennes, Paris (6e).

LIVRES NOUVEAUX

Les ondes électriques courtes en biologie, par E. SCHLIEPHAKE, professeur à l'Université de Giessen (1).

Ce second volume de la Collection des *Actualités Radiobiologiques* est consacré à l'étude de radiations qui formeront une des limites du domaine que cet ensemble de monographies se propose d'explorer. Au début de « l'ère radioélectrique », les ondes électriques de très grande longueur, de plusieurs kilomètres, étaient les seules que l'on sût produire avec une énergie suffisante pour leur permettre une portée utile. L'introduction des lampes triodes et leurs perfectionnements incessants ont donné le moyen d'obtenir avec une puissance toujours accrue, des ondes toujours plus courtes, maintenant de l'ordre du mètre, dont les surprenantes propriétés de propagation ont créé des possibilités absolument inattendues. On s'est alors aperçu, il y a une quinzaine d'années, que, au voisinage de ces émetteurs d'ondes courtes, les organismes vivants manifestaient différents symptômes remarquables, et souvent extrêmement violents. Un nouveau chapitre de la radiobiologie était ouvert. Il est intéressant de constater que la découverte fondamentale de Hertz, en 1888, en jeu des ondes une centaine de fois plus courtes que celles qui nous intéresseront ici. Il n'est pas moins remarquable que d'Arsonval, qui, en 1875, avait découvert ce fait physiologique essentiel, que les courants électriques interrompus à très haute fréquence n'ont sur l'organisme aucun des effets moteurs ou sensitifs des courants ordinaires, et qui, dès leur apparition, avait étudié de la même façon les « oscillations de Hertz », ait, en réalité le premier, il y a 50 ans, inauguré le champ de recherches dont M. Schliephake présente dans ce volume l'état actuel.

(1) Un volume in-8 de 96 pages, avec 37 figures. Prix : 30 francs. Librairie Gauthier-Villars, Paris.

Un fait capital a favorisé, dans ce domaine de l'action biologique des ondes électriques courtes, l'acquisition rapide de progrès importants : c'est leur heureuse application au traitement de nombreuses maladies, succès qui justifie une diffusion, dès maintenant très étendue, de ce procédé thérapeutique.

Mais, si les observations des thérapeutes constituent un apport considérable, elles ne rencontrent que rarement les conditions de l'expérimentation rationnelle nécessaire au progrès de la biologie comme de la thérapeutique elle-même. Le mérite du Dr Schliephake est précisément d'avoir mené côte à côte, avec beaucoup de soin, et depuis le début de ses études, l'essai thérapeutique et l'expérimentation biologique. C'est à lui, et aux recherches qu'ont suscitées ses travaux, que nous sommes redevables d'une grande partie de nos connaissances dans le domaine qui forme l'objet du présent ouvrage.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Vendredi 12 mai. — Jury : MM. Ombredanne, Strohl, Guy Laroche, Turpin. — M. Maréchal. L'électro-coagulation du col vésical dans le traitement de l'incontinence urinaire infantile. — M. Desmergers. Contribution à l'étude du traitement de la lymphogranulomatose maligne par le radium.

Samedi 13 mai. — Jury : MM. Mocquot, Chevassu, Lereboullet, Mollaret. — M. Picard. Des collections pelviennes suppurées ouvertes dans l'intestin. Etude clinique et thérapeutique.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES INFARCTUS PULMONAIRES

(Fin) (1)

II. *Infarctus des affections vasculaires.*

a) *Locales : l' Artérite Pulmonaire.*

1. *L.A.P. du Rétrécissement mitral.*

La rareté de la découverte de caillots dans les cavités droites dans des cas authentiques d'infarctus où par contre ont été trouvées des lésions d'Art. Pulm. fait que beaucoup d'auteurs attribuent à ces dernières le déclenchement du processus — par thrombose locale — cette opinion est toujours discutée.

2. *Les autres A. P.*

Des scléreux pulmonaires ; des tuberculeux fibreux ; des syphilis broncho-pulmonaires ; donnent facilement de petits infarctus que révèlent seuls au milieu des bruits nombreux thoraciques : *la pleurésie l'hémoptysie.*

3. *Cette artérite peut être primitive.*

Qu'elle soit syphilitique ou athéromateuse. Dans tous ces cas d'A. P., le tableau clinique est assez spécial : association de *cyanose, dyspnée vive* et *polyglobulie.* Au maximum : tableau des « cardiaques noirs » où les infarctus se répètent : *au cœur :* des signes d'I.V.D. : galop droit, gros foie douloureux et surtout : un souffle d'insuffisance pulmonaire. *Radio :* cœur en sabot avec saillie de l'arc moyen et accentuation des ombres hilaires.

b) *Périphériques : les Phlébites.*

Type : infarctus de la P.A.D. des accouchées.

Infarctus précoce : de la phlébite utéro-pelvienne.

Infarctus tardifs : à la mobilisation de la phlébite des membres.

Sa signification : traduit la mobilisation d'un caillot *de formation récente :* d'où la valeur des courbes de température et du pouls précisant la poussée infectieuse qui l'a formée.

D'où découlent les règles cliniques précisant l'immobilisation (Topo).

Les infarctus des phlébites chirurgicales peuvent être précoces : ce sont alors de petits infarctus, ou plus tardifs (15e jour), alors massifs.

Essentiellement intervention *pelviennes,* septiques ou non (hystérectomies, prostates).

Essayer de préciser les signes prémonitoires de la phlébite pelvienne (dysurie, œdème pubien).

Leur pathogénie est toujours discutée.

Les infarctus des phlébites médicales sont beaucoup plus rares et ne se voient guère que dans les P. *grippales* ou *pneumococciques.* En particulier la P. *typhique* est peu embolisante.

DIAGNOSTIC

La définition même de l'infarctus fait éliminer *l'apoplexie diffuse,* qu'il s'agisse de l'infiltration sous-pleurale, de l'infarctus festonné de Renaut et *l'apoplexie par effraction* des traumatismes thoraciques.

Le diagnostic de l'infarctus lui-même se pose dans des conditions variables :

1. *Chez les cardiaques : Si la cardiopathie est méconnue.*

Au début : c'est le diagnostic des signes fonctionnels : une crise d'asthme, mais *bradypnée* expiratoire ; *un pneumothorax,* mais signes physiques ; *une crise d'O.A.P.,* mais son expectoration caractéristique d'emblée.

Surtout : un début de pneumonie ou de congestion pulmonaire : souvent impossible à distinguer d'un infarctus avant l'apparition des crachats hémoptoïques.

Plus tard : c'est le diagnostic de l'hémoptysie dans les cas typiques, la différenciation entre les deux expectorations est facile, mais le problème se pose bien souvent car l'hémoptysie peut se réduire à quelques crachats rouge-noir et une hémoptysie cardiaque peut être faite de sang rouge.

Importance d'un examen clinique soigneux et répété, après effort si la cardiopathie n'est pas évidente.

Recherche par tous les moyens du BK (homogénésation, prélèvement, bronchique, etc.).

Radiographies répétées : pulmonaires, et cardiaques (appréciation du volume de l'oreillette en particulier).

Le problème est souvent en pratique très difficile à résoudre.

Si la cardiopathie est connue c'est le diagnostic :

Tantôt : d'un épanchement pleural hydrothorax, mais autres œdèmes, il est bilatéral ; ou pleurésie φ ; sa formule.

Tantôt d'une hémoptysie, et ici il est fréquemment très difficile d'éliminer l'hémoptysie congestive par œdème pulmonaire.

2. *Au cours des phlébites.* Le diagnostic ne se pose à vrai dire qu'au tout début : importance de l'étude des deux courbes, *thermique* et du *pouls.* Deux diagnostics se discutent en cas d'embolies post-opératoires : *la pneumonie post-opératoire* ou *l'atélectasie* pulmonaire post,opératoire, que leurs signes propres et l'évolution font dans la règle aisément reconnaître.

G. LE SUEUR.

(1) Voir « Gazette des Hôpitaux », N° 35. p. 620.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 40. — SAMEDI 20 MAI 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.
Hérédité vésanique et dégénérescence mentale, par MM. J. Devallet et P. Scherrer.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de chirurgie. — Société de neurologie.

LIVRES NOUVEAUX.

PRATIQUE MÉDICALE.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 21 juin 1939, à 9 heures, à la Salle des concours de l'Administration, 2, rue d'Arcole.

MM. les Docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au Bureau du Service de Santé de l'Administration, de 14 heures à 17 heures, du lundi 15 mai au vendredi 26 mai 1939 inclusivement. (Samedis, dimanches et fêtes exceptés).

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. Brochier.

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin directeur de l'hôpital de Sarreguemines (Moselle) est actuellement vacant, par suite du départ de M. le docteur Fretet, appelé à un autre poste.

Maison de Saint-Lazare. — Un concours pour l'admission à deux emplois d'Interne titulaire en médecine à la Maison de Saint-Lazare et pour la désignation de deux internes provisoires aura lieu à la Préfecture de Police à une date qui sera fixée ultérieurement.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de Police (Personnel). Il sera clos le samedi 3 juin, à 16 heures.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Reynaldo Dos Santos, de Lisbonne fera, le lundi 22 mai, à 17 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, une conférence sur « la voie vasculaire (régionale) dans le diagnostic et la thérapeutique. » et le mardi 23 mai, à 11 heures, dans le service du professeur Gosset, à la Salpêtrière sur « les infarctus septiques de la rate. »

Distinctions honorifiques. — Le Dr Gérard de Parrel vient d'être élevé à la dignité de grand-officier de l'Ordre Royal de Saint-Sava de Yougoslavie.

Les insignes de cette haute distinction lui ont été remis par M. Tony Szirmaï, Conseiller spécial, chargé du Protocole près la Légation Royale de Yougoslavie en France.

Le Dr Parrel était déjà officier de l'Ordre de St-Sava, commandeur de la Couronne de Yougoslavie et titulaire de la Médaille Commémorative Serbe de la Grande Guerre.

Ligue française contre le cancer. — L'Assemblée générale de la Ligue a eu lieu le 16 mai à la Faculté de Médecine sous la présidence de M. le Ministre de la Santé Publique.

Après la lecture des rapports de M. R. Le Bret, secrétaire général, de M. le Trésorier et de Madame Gernez, secrétaire du comité des dames, il a été procédé à la remise du *prix Amerongen*.

Ce prix d'une valeur de 100.000 fr. a été attribué au professeur Angel H. Roffo, directeur de l'Institut de médecine expérimentale pour l'étude et le traitement du cancer, à Buenos-Ayres.

Dans un rapport très documenté, M. le professeur Henri Hartmann a rappelé les importants travaux du professeur argentin. Celui-ci a montré notamment l'influence de la lumière solaire et des rayons ultra-violets, sur les parties découvertes du corps, dos de la main, par exemple. Les dépôts de cholestérine qui se produisent dans la peau tendent à produire des cancers. Ses recherches se sont poursuivies pendant 3 ans sur des souris, alimentées avec des produits contenant de la cholestérine non oxydée ou oxydée. C'est dans cette dernière catégorie que l'on observe le plus de cancers. L'auteur a également observé que les animaux recevant de la vitamine A résistent mieux au cancer.

En l'absence du lauréat, le prix a été remis à S. Exc. M. Carcano, ambassadeur de la République Argentine qui assistait à la séance. Nous croyons savoir enfin que le bénéficiaire du prix va fonder des bourses permettant un échange d'étudiants français et argentins.

M. le Ministre de la Santé Publique, en clôturant la séance, a exprimé ses félicitations au lauréat, et il a constaté une fois de plus l'intérêt des travaux que suscite la Ligue française contre le cancer.

Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris. — *Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande.* — Le prochain examen aura lieu à Paris, en juin.

En vue de préparer les candidats à cet examen, un enseignement spécial sera donné au laboratoire d'hygiène sous la direction du professeur Tanon, professeur d'hygiène, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé Publique, avec la collaboration de M. le docteur Joannon, agrégé d'hygiène ; M. Lindemann, adjoint au directeur de la flotte de commerce et du travail maritime au ministère de la Marine Marchande ; M. Roubinet, sous-directeur de l'établissement national des Invalides de la Marine ; MM. les docteurs Cambessedes, assistant d'hygiène et ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine ; Clerc, assistant d'hygiène et conseiller technique sanitaire du ministère de la Marine Marchande ; Navarre, sous-directeur de l'Institut d'Hygiène et professeur à l'Ecole de médecine de Caen ; Neveu, chef du laboratoire des épidémies à la Préfecture de Police, auditeur au Conseil Supérieur d'Hygiène publique.

Le cours durera du 25 mai au 9 juin. Il comprendra des leçons qui auront lieu chaque jour, de 9 h. 30 à 11 h. 30 et de 14 h. 30 à 16 h. 30, et un cours spécial de bactériologie avec travaux pratiques (de 9 h. à midi).

Peuvent s'inscrire à ce cours :

1° les docteurs et étudiants en médecine français ; peuvent seuls se présenter à l'examen les docteurs en médecine ou étudiants inscrits pour la thèse, du sexe masculin ;

2° les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale et qui pourront recevoir un certificat d'assiduité.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet n° 4) les lundi, mercredi et vendredi, de 14 à 16 heures, et Salle Béclard, de 9 à 11 heures et de 14 à 16 heures, sauf samedi après-midi.

Le droit à verser est de 200 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'Hygiène.

Voir la suite des Informations, page 718.

COURS

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié. — Professeur F. Rathery.

Lundi 22 mai, 9 h. — M. Ferroir : Leçon de sémiologie rénale ; 10 h. 30. — M. Derot : Présentation de malades.

Mardi 23 mai, 9 h. — M. Duperrat : Leçon de sémiologie pulmonaire ; 10 h. 30. — M. Mollaret : Présentation de malades ; 11 h. 15. — Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Mercredi 24 mai, 9 h. — Mme Hyon-Jomier : Leçon de sémiologie digestive ; 10 h. 30. — M. Ferroir: Présentation de malades ; 11 h. 15. — Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies du rein.

Jeudi 25 mai, 9 h. — M. de Traverse : Leçon de chimie biologique ; 10 h. 30. — M. Rathery : Leçon clinique : Néphrites et grossesse.

Vendredi 26 mai, 9 h. — M. Turiaf : Leçon de biologie cardiaque ; 10 h. 30. — M. Largeau : Présentation de malades ; 11 h. 15. — Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Samedi 27 mai, 9 h. — M. Dargenton : Leçon de sémiologie rénale et endocrinienne.

Amphithéâtre d'anatomie. — M. le Docteur Jean Braine, directeur des travaux scientifiques. — Un cours théorique et pratique (d'électro-radiologie et radiothérapie), en dix leçons, par le Docteur Gally, radiologiste des hôpitaux et M. Lerner, ingénieur, commencera le lundi 5 juin 1939, à 9 h. 30 et continuera les jours suivants à la même heure.

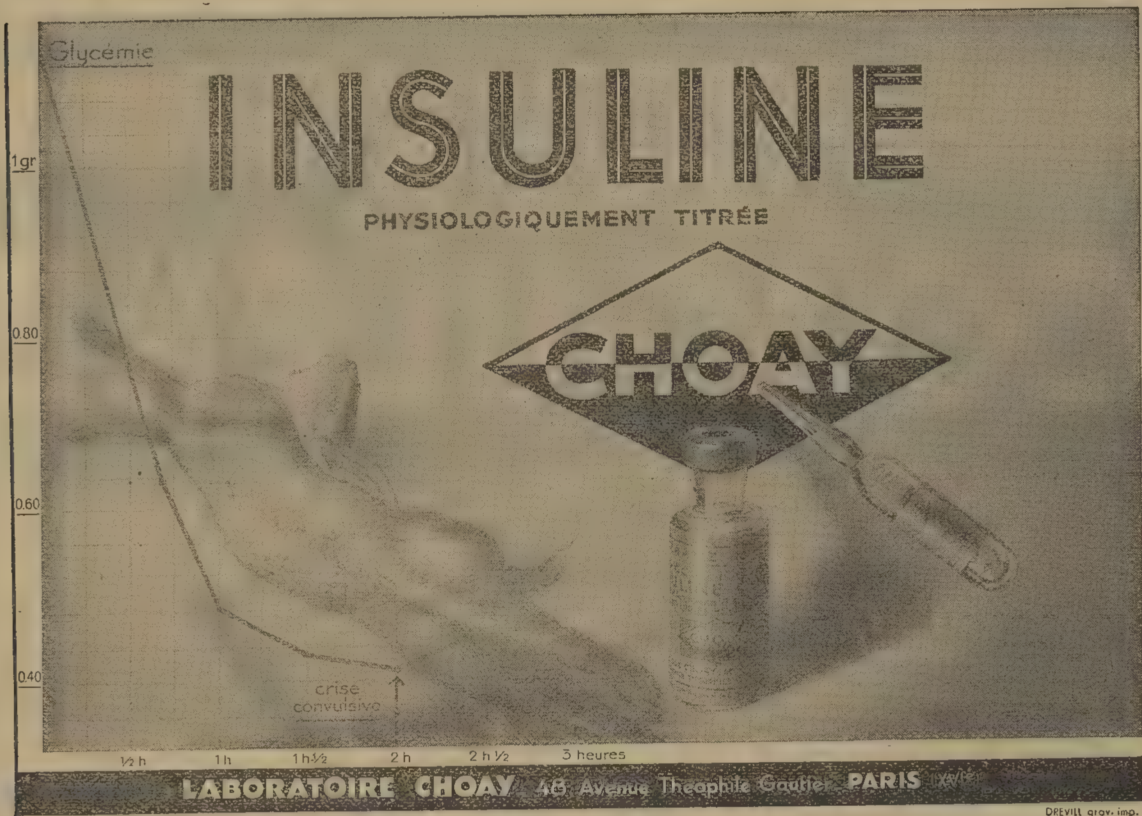
Les auditeurs seront individuellement exercés au montage et au maniement des appareils ainsi qu'à la pratique des radiographies et de la radiothérapie sur le cadavre.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.





DREVILL grav. imp.

HÉRÉDITÉ VÉSANIQUE ET DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

par les docteurs J. DEVALLET et P. SCHERRER
Médecins des Hôpitaux psychiâtriques.

Les maladies mentales sont-elles des affections dégénératives ?

Les tendances de la psychiâtrie moderne semblent s'écarter de cette conception, pour s'attacher surtout à l'étude des étiologies toxi-infectieuses, étude d'ailleurs remarquablement fructueuse, susceptible d'amener encore en psychiâtrie des progrès considérables.

Cependant, certains faits cliniques, recueillis dans une population stable, nous ont amenés à examiner de plus près le rôle de l'hérédité dans les maladies mentales et à confronter nos conclusions avec celles des anciens auteurs, touchant au problème de la dégénérescence.

Ce problème est posé depuis Morel qui, en 1857, publie son « Traité de Dégénérescences de l'Espèce Humaine » et dans lequel il formule la célèbre définition : « Les dégénérescences sont des déviations « maladives du type normal de l'Humanité, hérédi- « tairement transmissibles, et évoluant progressive- « ment vers la déchéance ».

Une pareille conception dépasse largement le domaine des maladies mentales, et constitue, en réalité, une loi d'anthropologie générale. Elle se relie étroitement aux conceptions philosophiques de l'auteur, partisan convaincu de la fixité des espèces, pour qui toute déviation du type primitif ne peut être que regressive.

L'aliénation mentale, d'une façon générale, est donc une déviation du type humain normal, et, comme telle, elle voue à la déchéance et à la disparition progressive la lignée qui en est atteinte. Deux éventualités peuvent se présenter :

1°) « Lorsque cette maladie (mentale) est le ré- « sultat de phénomènes pathologiques transmis par « l'hérédité, elle constitue un véritable état dégéné- « ratif. »

2°) « Lorsqu'elle est un fait primitif, on a toutes « raisons de craindre que, dans les générations sub- « séquentes, elle ne se caractérise aussi par la dégra- « dation de la race. »

Schématiquement, on peut se représenter cette progression de la manière suivante :

Dans une première génération, on observe seulement la prédominance du « tempérament nerveux » avec « irritabilité, violence, emportement du caractère ».

Des névroses diverses : « Hystérie, épilepsie, hypocondrie », écloront dans la génération suivante.

Dans la troisième génération, on observera des cas d'aliénation mentale grave avec réactions antisociales « Actes excentriques, désordonnés et dangereux ».

Enfin, « la progression allant toujours croissant » les derniers degrés de la déchéance intellectuelle et physique seront atteints : « Surdi-mutité, démence précoce, idiotie ». Et la lignée s'éteint.

Ce schéma n'a cependant rien d'absolu, et sa rigueur excessive est tempérée par les possibilités de régénération résultant d'un apport d'éléments sains.

Magnan, reprend l'essentiel des idées de Morel et leur fait subir un remaniement profond. Ce qui n'était pour Morel qu'une position très générale de l'esprit devient pour Magnan une donnée d'une application plus précise, permettant d'isoler au sein de la psychiâtrie un groupe bien défini relié par un lien commun. Ce groupe sera celui des « Héréditaires dégénérés ».

L'unité du groupe repose sur la notion d'hérédité et sur la présence de stigmates physiques et psychiques.

Les stigmates physiques, dystrophies multiples, en particulier osseuses, sont à peu près les mêmes que ceux que décrivait Morel. Mais les stigmates psychiques se sont précisés. La gamme innombrable des obsessions idéiques, psycho-motrices, verbales, s'est substituée à l'état d'émotivité et d'instabilité thymique qui en constitue néanmoins la base. Sur ce fond permanent se développeront des psychoses qui correspondent aux différents groupes de la classification habituelle, mais qui s'en distinguent par la brusquerie de leur début, le polymorphisme de leur symptomatologie, l'irrégularité de leur évolution et la fréquence des rémissions.

Quant à la notion même d'hérédité, elle subit un certain nombre d'entorses qui ne peuvent que l'affaiblir : d'une part, certains « Héréditaires dégénérés » n'ont d'héréditaires que le nom (arriéré par infection intra-utérine, traumatismes obstétricaux, méningo-encéphalite de l'enfance). D'autre part, certaines affections incontestablement héréditaires (en particulier la psychose maniaque dépressive dans sa forme franche) sont exclues du groupe parce qu'on n'y retrouve pas les stigmates requis.

De mémorables discussions accueillirent les exposés que Magnan fit de sa doctrine à la Société Médico Psychologique. Mais en dépit des critiques, ses conceptions se sont imposées pour un temps et ont connu un retentissement considérable. Or, on ne trouve, aujourd'hui le terme de dégénérescence que sous la plume de bien peu de psychiâtres. Quelles furent les raisons de cette éclipse ?

En dehors des questions d'école qui dictèrent certaines critiques, trois objections nous paraissent particulièrement sérieuses :

1) Ainsi que nous venons de le voir dans ce groupe nosologique intitulé : « Héréditaires dégénérés » la notion d'hérédité n'est ni nécessaire, ni insuffisante. Il y a une contradiction dans l'énoncé même du problème.

2) Inversement, la notion de stigmate est-elle, surtout en dehors de toute notion d'hérédité un critère suffisant pour classer dans le même groupe nosologique des affections aussi dissemblables que le sont par exemple : la perversité instinctive et la folie du doute ?

3) Enfin, certains auteurs ont reproché à l'étiologie dégénérative de constituer une solution de facilité qui permettait de mettre une étiquette commode sur tous les cas embarrassants.

Telles sont les raisons qui ont amené le démembrement de la classification créée par Magnan, au profit d'une classification nouvelle basée, en grande partie, sur des critères psychologiques.

Mais à son tour, la méthode Kraeppelienne prête le flanc à la critique. On s'aperçoit de plus en plus

que les entités ainsi créées sont bien plus des syndrômes que des maladies, syndrômes qui doivent vraisemblablement ressortir à des étiologies diverses dont on s'efforce de préciser la nature.

Or, c'était précisément le mérite de Magnan d'avoir su réaliser le regroupement étiologique d'affections hétéromorphes autour d'une étiologie commune : l'étiologie dégénérative. Cette étiologie dégénérative était, il est vrai, emprisonnée dans un cadre nosologique rigide. Elle n'en conserve pas moins un très grand intérêt et nous nous sommes demandé si elle gardait une valeur réelle en présence des progrès de la médecine humorale et bactérienne.

C'est dans cet esprit qu'ont été recueillies les observations qui constituent la base de notre étude.

La méthode que nous avons adoptée dans ce but, est aussi éloignée que possible des procédés statistiques. Ayant remarqué que nous retrouvions, avec une certaine fréquence, dans nos Services de Saint Venant et de Bailleul des femmes internées en même temps que leur fille, nous avons décidé de faire de ces couples : « mère-fille » une étude qualitative et de rechercher l'aspect que revêtait l'aliénation mentale à ces deux générations.

Nous savons tout ce que cette étude a de parcellaire, mais, il nous a semblé que quelques faits cliniques bien observés pouvaient avoir autant d'intérêt que des recherches généalogiques étendues dont la précision reste toujours subordonnée à la valeur des témoignages et à la bonne volonté des témoins.

OBSERVATION I. — MÈRE. — Victorine Jeann..., entrée à l'H. P. de St-Venant à l'âge de 42 ans, en 1894.

A. H. lourde hérédité vésanique : grand-père suicidé par pendaison ; mère : tentative de suicide ; frère suicidé par arme à feu.

A. P. Vie de débauche, vagabondage, nombreux enfants naturels.

Diagnostic : « Débilité mentale profonde avec amoralité, perversion de l'instinct maternel » (plusieurs enfants morts faute de soins, un enfant vendu).

Examen physique : nombreux stigmates de dégénérescence : dysmorphisme cranio-facial.

Pas de signes neurologiques.

Analyses humorales (1) (sang et liquide céphalo-rachidien) négatives.

FILLE. — Marie Jeann..., entre à l'H. P. de St-Venant, à l'âge de 36 ans, en 1922.

A. P. a vécu successivement dans un orphelinat puis à l'hospice.

Diagnostic : « Imbécillité mentale avec instabilité et violence ».

Examen physique : gros stigmates de dégénérescence.

Pas de signes neurologiques.

Décédée en mars 1938 de péritonite tuberculeuse. (Les examens humoraux n'ont pas été faits).

OBSERVATION II. — Flora R..., veuve God..., est internée à l'H. P. de St-Venant en décembre 1929, en même temps que sa fille unique Léonie. Elle est âgée à cette date de 54 ans. Elle aurait fait un séjour de trois mois dans ce même hôpital au début de la guerre, mais aucun renseignement n'en subsiste.

A. H. inconnus : deux frères morts jeunes.

Cette femme, veuve depuis plus de vingt ans, vivait seule avec sa fille, enfant naturelle. La psychose actuelle évoluait depuis de nombreuses années et avait entraîné un mode de vie qui consistait un véritable retour à la mentalité primitive. Cette paysanne avait peu à peu vendu toutes ses terres pour vivre au jour le jour dans l'oisiveté la plus complète. Les deux femmes demeuraient solitaires dans une vieille masure délabrée, vêtues de sacs à pommes de terre, se nourrissant de racines et de légumes volés dans les champs. Des conquêtes de la civilisation, elles n'avaient gardé qu'une montre qui jouait dans leur vie un rôle capital : en effet, leur seule occupation était de guetter l'heure des trains et d'assister à leur passage comme à une cérémonie barbare. Alors, la mère et la fille se mettaient à frapper dans leur mains et à danser, en poussant des cris de joie. Sans doute, ces manifestations rituelles dureraient encore si le maire du village, soucieux d'eugénique, n'avait provoqué l'internement de la fille dont l'aspect physique devenait engageant.

Examen. — La mère, dont le fonds mental est d'une débile, irritable et même irascible, donne de son comportement quelques explications pauvres, réticentes qui permettent de le rattacher à un délire d'influence en pleine dissociation. « On n'était pas maître chez soi... on « me prenait en arrière... Rien que de passer devant moi, « ça me faisait mal... On était poussé à aller au train, et « il fallait partir, et le monde qui était dans le train, « çà donnait des fièvres... On entendait aussi des voix »...

Examen physique. — Apparence robuste. Quelques signes de dégénérescence de médiocre valeur : lobule de l'oreille adhérent, voûte palatine légèrement ogivale.

Pas de signes neurologiques.

Analyses humorales négatives.

Léonie Roll..., sa fille, avait vingt ans lors de l'internement, passive et suggestible, elle a accepté, sans critiques, les idées délirantes de sa mère, mais elles ne sont plus pour elle que des souvenirs presque effacés.

Physiquement. — Bien constituée, plantureuse, parfaitement développée au point de vue sexuel. Les signes de dégénérescence se réduisent à une légère microcéphalie.

Pas de signes neurologiques.

Analyses humorales négatives.

OBSERVATION III. — MÈRE. — Joséphine H..., veuve Wer..., entre à l'H. P. de St-Venant, à l'âge de 36 ans.

A. H. Parents cardiaques.

A. P. Premier internement, de courte durée, à l'H. P. de St-Yon, en 1918, pour bouffée délirante succédant à un choc émotionnel ; deux enfants, pas de fausses-couches.

Diagnostic. — Bouffée délirante polyphorme avec éléments maniaques (fuite des idées, jeux de mots) onirisme et idées délirantes fugaces et variables.

Guérison complète au bout de six mois, pas de rechute.

Examen physique : léger tremblement, pas d'autre signe neurologique.

Les examens humoraux n'ont pas été faits.

FILLE. — Christine Wer..., entre à l'H. P. de St-Venant, en 1933, à l'âge de 20 ans.

A. P. Négatifs.

Diagnostic : Démence précoce catatonique typique.

Examen physique : aucun stigmate négatif, aucun signe neurologique.

Analyses humorales : (sang et liquide céphalo rachidien) négatives.

L'autre fille est bien portante.

OBSERVATION IV. — MÈRE. — Hortense M..., femme B..., entre en 1935 à l'H. P. de St-Venant, à l'âge de 66 ans.

A. H. Inconnus.

A. P. Crise comitiales depuis l'âge de 13 ans (puberté). Mariée à vingt-trois ans, elle a eu douze grossesses. Cinq d'entre elles se sont terminées les unes par des avortements, les autres par la naissance d'enfants qui sont morts de convulsions en bas âge. Des sept enfants qui ont vécu : six sont bien portants, indemnes de tout accident comitial et de tares vésaniques. Le septième sera étudié plus loin.

A l'approche de la vieillesse, un affaiblissement psychique et des troubles du caractère ont nécessité son internement. Actuellement, outre la déficience de la mémoire

(1) Nous entendons par « Analyses humorales » : l'analyse cytologique, chimique, les réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht et la réaction du benjoin colloïdal, dans le liquide céphalo-rachidien, les réactions de B.-W. et de Hecht dans le sang.

et du jugement, on observe la viscosité mentale et l'obséquiosité du tempérament comitial.

Examen physique. — Faciès bouffi, signes de dégénérescence minimes : arcades sourcilières proéminantes, lobule de l'oreille adhérent. Cicatrices nombreuses dues aux chutes. Déformations rhumatismales des doigts en « coup de vent ».

Examen neurologique : négatif.

FILLE. — Ludovine B..., femme C..., est entrée le 23 juillet 1934, à l'âge de 34 ans.

Epileptique depuis l'enfance, débile mentale profonde, elle se marie cependant à l'âge de vingt-et-un ans. Elle accouche prématurément à sept mois, au cours d'une crise d'épilepsie, d'un enfant mort. Un deuxième enfant meurt en bas âge. Le troisième est âgé de huit ans.

C'est une arriérée profonde qui ne sait ni lire ni écrire, est incapable de s'orienter dans le temps et ne sait pas même le nom de sa fille.

Examen physique : la parole est monotone, pâteuse, parfois hésitante, revêtant le type de dysarthrie propre aux comitiaux. La démarche est lourde, le ralentissement moteur considérable.

Des signes neurologiques intéressants ont attiré notre attention : abolition des réflexes rotuliens et achilléens, réflexes plantaires en flexion. Pupilles inégales (droite plus grande que la gauche) réagissant faiblement à la lumière et l'accommodation. Diminution des syncinésies du côté gauche. Pas de signe de Romberg.

La syphilis qu'un tel ensemble neurologique rendait probable s'est affirmée dans les résultats des examens humoraux. La réaction de B.-W. est positive (+++) dans le sang et dans le L. C. R.

OBSERVATION V. — MÈRE. — Elise H..., femme B., entre en 1938, à l'H. P. de St-Venant, à l'âge de 47 ans.

A. H. père, buveur et brutal. Mère, atteinte d'une « maladie nerveuse ».

Multiléthalité infantile : deux enfants mort-nés, un enfant mort de convulsions, trois autres morts avant vingt ans d'affections diverses.

A. P. Pas de maladie grave dans l'enfance.

Atmosphère familiale de relâchement moral. Déflorée à 14 ans par le père, réglée à l'âge de 16 ans, elle est internée à cette époque pendant trois mois.

Amoralité, vie déréglée, habitudes de boisson. Prostitution. Fausses-couches provoquées.

Mariée, elle a une fille mais continue la même existence; adultères fréquents, excès éthyliques.

Apparition d'une psychose hallucinatoire chronique qui motive l'internement. Deux essais de sortie n'aboutissent qu'à un nouvel internement.

Diagnostic. — Psychose hallucinatoire chronique, avec idées de persécution niaises et automatisme mental (énonciation et commentaire des actes, devinement et transmission de la pensée, hallucinations auditives, gustatives et olfactives).

Examen physique : obésité (112 kg.) T. A. 17/10 pas de signes de dégénérescence, pas de signes neurologiques.

Analyses humorales : sang B.-W. positif (++). Liquide céphalo-rachidien : normal.

FILLE : Fernande B..., femme Cr..., entre le 9 janvier 1938 à l'H. P. de St-Venant, à l'âge de 24 ans.

A. P. : Développement intellectuel déficitaire, mariée, trois enfants vivants, pas de fausse-couche, un quatrième enfant né en janvier 1938, meurt à l'âge de 15 jours, quelques jours après l'internement de sa mère.

Diagnostic. — Psychose puerpérale avec confusion mentale aiguë (température oscillante) et onirisme à caractère érotique. Evolution actuelle vers la démence précoce.

Examen physique actuel : Pas de signes neurologiques.

Analyses humorales : (sang et liquide céphalo-rachidien) négatives.

OBSERVATION VI. — MÈRE. — Hyacinthe C..., veuve Der..., entre à l'H. P. de Bailleul en 1931, à l'âge de 78 ans.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Deux filles, dont l'une est morte en couches, Premier accès dépressif au moment de la mort de cette fille, avec tentative de suicide par pendaison.

Son mari, lui-même tente de se suicider au même moment par noyade.

Diagnostic. — « Idées délirantes séniles de préjudice et de richesse. Syndrôme dépressif prédominant.

Examen physique : T/A 23/9 Myocardite. Pas de signes neurologiques.

Les analyses humorales n'ont pas été faites. La malade meurt de broncho-pneumonie, en 1938.

FILLE. — Mathilde Der..., femme G., est internée en 1926, à l'âge de 35 ans.

A. P. — Caractère « lunatique ».

Deux fois mariée : (après son veuvage, épouse son beau-frère) 4 enfants, pas de fausses-couches.

Diagnostic. — Démence précoce à forme mélancolique avec inertie, indifférence affective, négativisme, stéréotypies, mutisme, gémissements.

Examen physique : Pas de signes marqués de dégénérescence. Pas de signes neurologiques.

Analyses humorales : (sang et liquide céphalo-rachidien) négative.

PETITS-ENFANTS : (L'aîné, né du premier mariage est normal. Le second, arriéré profond est mort à l'Institut Médico-Pédagogique d'Armentières, porteur d'énormes stigmates de dégénérescence.

Les deux derniers enfants sont des débiles physiques et mentaux.

A signaler que le père est un débile hyperémotif, dont deux sœurs ont été internées (l'une s'est suicidée).

OBSERVATION VII. — MÈRE. — Nelly Herb..., femme Heus..., internée à l'âge de 30 ans.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Instruction rudimentaire, mariée, 3 enfants, pas de fausses-couches.

Diagnostic. — Débile mentale ayant été internée à l'occasion d'une bouffée délirante polymorphe — présentant actuellement des troubles du caractère.

Examen physique : Stigmates nombreux de dégénérescence (dysmorphisme cranio-facial) petite taille, obésité.

Pas de signes neurologiques.

Analyses humorales (sang et L. C. R.) négatives.

FILLE AINÉE : Jeanne, internée à l'âge de 16 ans.

« Débile mentale profonde, totalement illettrée.

Examen physique : Nombreux stigmates de dégénérescence.

Pas de signes neurologiques.

Analyses humorales négatives.

FILS : arriéré mental, insubordonné et vicieux, a déjà fait l'objet d'un placement dans une Maison de Rééducation Morale.

FILLE CADETTE : intelligente et normale.

OBSERVATION VIII. — MÈRE. — Amélia R..., femme Lix..., internée à l'âge de 57 ans, en 1921.

A. H. — Rien à signaler.

A. Collatéraux : Frère aîné présentant un délire d'influence.

A. P. — Enfance normale.

Mariage malheureux, (Mari alcoolique et violent). Deux enfants, pas de fausses-couches.

Diagnostic : « Internée au moment de la ménopause pour accès maniaque avec excitation euphorique, idées délirantes de richesse, érotisme ; actuellement : hypersthénie, excitation et violences par intervalles ; mysticisme et idées d'influence.

Examen physique : T. A. : 20/7.

Pas de signes neurologiques.

Analyses humorales, négatives.

FILLE AINÉE : légèrement hypocondriaque, enfants normaux.

FILLE CADETTE : Ismérie Lix..., femme Van : internée en 1936, à l'âge de 41 ans.

A. P. — Mariée, un enfant, pas de fausse-couche.

Diagnostic : « délire chronique de persécution et d'influence ».

Examen physique : pas de signes neurologiques, pas de signes de dégénérescence.

Réactions humorales de spécifité négatives dans le sang.

Le liquide céphalo-rachidien n'a pas été analysé.

PETIT-FILS : âgé de 17 ans, épileptique depuis l'enfance, suggestible et amoral.

OBSERVATION IX. — MÈRE. — Malvina Ma...., femme H..., entre à l'H. P. de Bailleul, en 1928, à l'âge de 56 ans.

A. H. — Inconnus.

A. P. — Rien à signaler.

Quatre enfants et une fausse-couche.

Diagnostic. — Psychose hallucinatoire chronique à thème de persécution et de grandeur ; hallucinations auditives (des voix nombreuses lui parlent, « les prises de courant transmettent les voix au loin ») troubles cénesthésiques (« on a installé un feu sous son lit »), illusions olfactives et gustatives avec idées d'empoisonnement, éléments délirants fantastiques, grossesses innombrables et mystérieuses aboutissant à des fausses-couches qu'elle sent se produire lorsqu'elle va aux cabinets, éléments mégalomaniaques (la maison lui appartient, tout est payé avec son argent). Systématisation pauvre, débilité mentale, fléchissement démentiel actuel, irritabilité, agressivité.

Examen physique. — Asymétrie faciale légère, lobule de l'oreille adhérent, léger strabisme divergent de l'œil droit. Pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

FILLE. — (4e enfant). Prudence Ha..., entre le 28 décembre 1931, à l'âge de 38 ans.

A. P. : Convulsions dans l'enfance.

Diagnostic. — « Imbécillité profonde ».

Examen physique : Strabisme divergent, gros dysmorphisme craniofacial, lobule de l'oreille adhérent — tics incessants de la face, instabilité motrice.

Pas de signes proprement neurologiques.

Réactions humorales négatives.

L'aîné des enfants : Jérôme, paraît normal, plusieurs de ses enfants sont morts en bas âge.

Le deuxième : Albert est un imbécile léger.

Le troisième : Raymonde est une imbécile internée à Esquermes.

OBSERVATION X. — MÈRE. — Lucie M..., femme Liv., entre à l'H. P., en 1937, à l'âge de 55 ans.

A. P. — Quatre accès maniaques antérieurs ; le premier, à l'occasion d'un accouchement, n'a pas nécessité l'internement.

Les trois autres d'une durée moyenne de 8 à 10 mois ont amené le placement à l'H. P. de St-Venant en 1928, 1932, 1935.

Deux enfants, une fausse-couche.

Diagnostic : « Mélancolie anxieuse avec refus d'aliments à l'occasion du placement de sa fille à l'H. P. de Bailleul, puis, au bout de quinze jours, accès de manie typique ». Guérison au bout de huit mois.

Fonds mental intact, conscience du caractère pathologique des troubles éprouvés, critique excellente, sortie en mars 1938.

L'examen physique était entièrement négatif.

FILLE. — Louise Liv..., entrée huit jours avant sa mère, à l'âge de 22 ans.

A. P. : Rien de particulier.

Diagnostic : Délire d'emblée : idées délirantes polymorphes (persécution, humilité, grandeur), excitation intellectuelle, hallucinations multiples, anxiété, événements tragiques vécus, appoint confusionnel.

Guérison au bout de quatre mois, après une rechute.

Niveau mental médiocre.

Examen physique : Front un peu bas, lobule de l'oreille adhérent.

Pas de signes neurologiques.

L'autre enfant, un fils, est normal.

OBSERVATION XI. — MÈRE. — Marie Lœtitia B..., veuve J..., entre en 1934, à l'âge de 67 ans.

A. H. — Inconnus.

A. P. — Rien de particulier.

Diagnostic : « Démence sénile avec turbulence et gâtisme ». Morte dans la cachexie.

Examen physique : Aucun signe neurologique. Les réactions n'ont pas été faites.

FILLE. — Marie J..., entre en 1933, à l'âge de 41 ans.

A. P. — Développement intellectuel déficitaire, troubles du caractère progressivement accrus.

Diagnostic : « Débilité mentale avec impulsivité ».

Examen physique : Faciès dégénératif, front bas, prognathisme de la mâchoire inférieure, asymétrie faciale.

Morphologie masculine.

Pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

Pas de postérité.

OBSERVATION XII. — MÈRE. — Sophie M..., femme C., entre à l'H. P. de Bailleul, en 1933, à l'âge de 65 ans.

A. H. — Pas d'antécédents vésaniques ni neurologiques.

A. P. — Trois grossesses normales, pas de fausse-couche. Aucun épisode pathologique important jusqu'à l'âge de 59 ans, où elle est internée à l'H. P. de St-Venant. Elle y reste deux ans.

Diagnostic. — « Mysticisme foncier qui, avec l'âge a pris un caractère pathologique. Accès d'excitation périodiques, prosélytisme agressif et inopportun, affaiblissement intellectuel ».

Examen physique : Aspect pléthorique, T.A. 16 1/2/9, clangor aortique, varices des membres inférieurs.

Pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

FILLE. — Blanche C..., entre en 1932, à l'âge de 25 ans.

A. P. — Instruction primaire, intelligence normale, caractère scrupuleux, tendances mystiques.

Diagnostic : « Démence précoce paranoïde avec dissociation profonde de la personnalité et puérilisme (elle parle d'elle-même à la troisième personne, se gourmande comme on gourmande un enfant, a les attitudes et le langage d'une petite fille), maniérisme et stéréotypie, barrages fréquents, docilité parodoxale, affectivité conservée, idées délirantes mystiques, se manifestant d'une manière épisodique ».

Examen physique : Aucun stigmate dystrophique. Hypertrichose.

Pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

LA FILLE AINÉE, entrée en religion, est morte à l'âge de 27 ans.

LE FILS CADET est normal.

OBSERVATION XIII. — MÈRE. — Lucienne P..., femme divorcée G..., entre en 1925, à l'âge de 42 ans.

A. H. — Inconnus.

A. P. — Mal connus.

Quatre enfants et une fausse couche.

Diagnostic : « Psychose hallucinatoire fruste chez une débile mentale, hallucinations auditives à thème de persécution, troubles cénesthésiques, systématisation à peine ébauchée ».

Examen physique : Asymétrie faciale, implantation dentaire vicieuse.

Pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

FILLE. — Marie-Louise G..., entre en 1935, à l'âge de 21 ans.

A. P. — Illettrée.

Diagnostic : « Imbécillité profonde ».

Examen physique : Stigmates graves de dégénérescence. Dysmorphisme cranio-facial, strabisme divergent, cyphose, infiltration œdémateuse des téguments, mains succulentes, acrocyanose.

Réactions humorales négatives.

Aucun renseignement sur l'état mental des trois autres enfants.


ÉPHÉDRINE HOUDÉ
GRANULES TITRÉS A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement titré à 1 centigr. de chlorhydrate d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple, pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par jour, en débutant par une dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les 2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (PRIX ORFILA)
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

OBSERVATION XIV. — MÈRE. — Jeanne Mar..., veuve Den..., est internée en 1930, à l'âge de 40 ans.

A. H. — Inconnus.

A. P. — Deux accès dépressifs antérieurs.

Diagnostic : « Mélancolie chronique avec troubles profonds de la personnalité physique allant jusqu'à l'ébauche d'un syndrôme de Cotard (idées de transformation et de dépersonnalisation, négation d'organes : « je n'ai plus de cœur, plus de sang, on me vide la tête, ma tête s'envole par la fenêtre et danse sur mon estomac »).

Examen physique : asymétrie faciale, tics du visage.

Pas d'autre signe neurologique.

Réactions humorales négatives.

FILLE. — Blanche D..., entre en 1932, à l'âge de 22 ans.

A. P. — Instruction primaire, caractère autistique.

Essai infructueux de vie monastique.

Diagnostic : « Démence précoce paranoïde. Troubles psycho-sensoriels multiples (la table, le tapis, son père mort lui parlent), sentiment d'étrangeté, de bizarrerie, troubles profonds de la personnalité. « Je suis changée, « ce n'est pas moi qui tremble, c'est une autre malade « que vous consultez au loin ». Négativisme, impulsions violentes, attitudes catatoniques.

Examen physique : Signes de dégénérescence et de dysfonctionnement endocrinien : oreilles en anse, rétrécissement de la fente palpébrale ; faciès lunaire, dysménorrée.

Pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

OBSERVATION XV. — MÈRE. — Marie B..., veuve T., internée en 1932, à l'âge de 78 ans.

A. H. — Rien à signaler.

A. P. — Pas d'épisodes pathologiques importants.

Quatre enfants, pas de fausse-couche.

Diagnostic : « Démence sénile avec excitation intellectuelle, fabulation et revendications incessantes ».

Examen physique : Sénilité globale.

Pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

Mort dans le marasme au mois de mai 1938.

FILLE. — Marie-Louise T..., internée à 23 ans, en 1901.

A. P. — Rien à signaler.

Diagnostic : « Démence précoce avec schizophasie, stéréotypies, désagrégation complète de la personnalité ».

Examen physique : Dysmorphisme cranio-facial, lobule de l'oreille adhérent, voûte palatine presque ogivale.

Pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

Les trois autres enfants qui sont les aînés, seraient normaux, et ont une descendance indemne de tare vésanique ou oligophrénique.

OBSERVATION XVI. — MÈRE. — Marie B..., divorcée St. P..., entre en mai 1934, à l'âge de 57 ans.

A. H. — Inconnus.

A. P. — Pas de maladie grave.

Mariée, trois enfants, dont deux morts en bas âge, pas de fausse-couche.

Un premier épisode vésanique en 1931 à caractère dépressif, guéri au bout de 8 mois.

Diagnostic : « Délire chronique ayant succédé à un deuxième accès à caractère maniaque, thème délirant d'influence et de persécution, affaiblissement psychique ».

Examen physique : Hypertension artérielle : 23/11 ; clangor aortique, paralysie faciale gauche de type central. Pas d'autre signe neurologique.

Réactions humorales négatives.

FILLE. — Julia St. P..., entre, en 1930, à l'âge de 16 ans.

A. P. — Illettrée complète.

Diagnostic : « Imbécillité ».

Examen physique : Gros stigmates de dégénérescence, crâne en tour, voûte palatine ogivale, malformations dentaires, lobule de l'oreille adhérent, infantilisme du type Lorrain, développement sexuel normal.

Pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

OBSERVATION XVII. — MÈRE. — Victorine Chov..., femme Ger..., internée en même temps que sa fille, en 1930, à l'âge de 58 ans.

A. H. — Parents morts de vieillesse. Trois sœurs bien portantes. Deux enfants, pas de fausses-couches.

A. P. — Pas de maladies graves.

Trois enfants dont l'un est mort 12 jours après la naissance (accouchement dystocique).

Diagnostic : « Psychose hallucinatoire chronique. Hal- « lucinations auditives injurieuses, pensée dirigée, pensée « devinée ; hallucinations olfactives et gustatives ; délire « de persécution assez bien systématisé, érotisme et ja- « lousie morbide (son mari, dont elle énumère les nom- « breuses maîtresses est connu sous le nom de M. Dupan- « talon) ».

Hypersthénie, irritabilité, réticence.

Examen physique : Cypho-scoliose légère, voûte palatine ogivale, pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

FILLE. — Yvonne Ger..., entre à l'âge de 30 ans.

Diagnostic : « Imbécillité ».

Examen physique : Dysmorphisme cranio-facial, infiltration des téguments, pas de signes neurologiques.

Réactions humorales négatives.

FILS interné à l'H. P. d'Armentières avec le diagnostic de « Démence précoce ».

De la lecture de ces observations découle un certain nombre de remarques que nous grouperons en trois paragraphes distincts.

Envisageant d'abord le point de vue clinique, nous analyserons les caractères séméiologiques et évolutifs de ces psychoses dégénératives et nous rechercherons dans quelle mesure les affections mentales héréditaires prises dans leur sens le plus large se rapprochent des descriptions plus restrictives de Morel et de Magnan.

En second lieu, nous aborderons le problème étiologique et nous nous efforcerons de démontrer qu'une hérédité infectieuse, (comme l'Hérédo-Syphilis, par exemple) ne saurait expliquer l'ensemble des faits de dégénérescence mentale.

Enfin, nous dirons quelques mots du problème de la prophylaxie, problème que la récente fortune des théories racistes a mis au premier plan de l'actualité scientifique.

***

I) Nous sommes tout d'abord frappés de la fréquence avec laquelle se vérifie la loi de dégénérescence formulée par Morel.

Chaque fois qu'il y a trouble mental chez le descendant, il est plus grave et surtout survient plus précocement que chez l'ascendant. On assiste de génération en génération à une déchéance progressive plus ou moins rapide selon les cas et aboutissant en dernier ressort à l'arriération mentale profonde.

On ne saurait systématiser d'une manière absolue les étapes de cette déchéance :

Dans certains cas (Obs. 6-10-11-12-15), c'est la sénilité qui est le premier stade saisissable de la dégénérescence.

Dans d'autres cas, c'est un délire chronique (Obs. 2-5-9-13-16), une psychose maniaque dépressive (Obs. 1-8-4), ou même une bouffée délirante (Obs. 3-7).

Ces trois formes mentales peuvent elles-mêmes succéder à la sénilité.

Quel qu'ait été le début apparent, la deuxième génération peut être atteinte d'emblée de démence précoce ou même d'arriération mentale profonde. Mais, en aucun cas, nous n'avons vu succéder à la

démence précoce, une autre affection mentale qu'une oligophrénie.

En résumé, et au risque de schématiser à l'excès, nous nous représenterions volontiers les divers chaînons de la dégénérescence de la manière suivante :

Démence sénile. — Délire chronique ou psychose maniaque dépressive. — Bouffée délirante. — Démence précoce. — Oligophrénie.

Des chaînons peuvent être supprimés, deux chaînons semblables peuvent se succéder ; mais nous n'avons jamais observé leur inversion.

Toutefois, cette dégénérescence n'est pas une fatalité inéluctable. Bien des descendants de nos familles d'aliénés sont indemnes de maladies mentales, et même si nous faisons de larges réserves au sujet de ceux qui ont échappé à notre examen personnel, le nombre des descendants sains est loin d'être négligeable.

II) Parmi les seize couples examinés, nous n'avons pas de véritables exemples d'hérédité similaire, si ce n'est les deux cas d'épilepsie maternelle et filiale de l'observation 4 — véritable paradoxe d'ailleurs, puisqu'on admet actuellement que l'hérédité similaire dans l'épilepsie est une chose rare.

Partout ailleurs, nous avons relevé une hérédité de transformation ; mais nous avons remarqué que certains caractères thymiques, certaines teintes du délire, certains troubles de la cénesthésie se retrouvaient fréquemment chez la mère et chez la fille dans des syndromes morbides par ailleurs très différents.

Ainsi : Obs. 6 : La mère est une mélancolique ; la fille fait une démence précoce à forme dépressive.

Obs. 8 : La mère est une maniaque avec idées d'influence ; la fille fait un délire d'influence.

Obs. 12 : La mère est une délirante mystique ; la fille est une démente précoce paranoïde mystique.

Obs. 14 : La mère est une mélancolique avec gros troubles de la personnalité ; la fille est une démente précoce paranoïde avec troubles profonds de la personnalité.

III) L'allure clinique des psychoses que nous avons observées ne nous a pas semblé offrir de caractères particuliers. Nous n'avons rencontré que trois fois les bouffées délirantes de Magnan.

Les tableaux cliniques que présentent nos malades sont ceux qu'on observe chez des sujets indemnes d'hérédité vésanique et le terrain dégénératif ne paraît pas leur imprimer de caractères bien spéciaux.

De plus, les stigmates psychiques qui, pour Magnan, faisaient partie intégrante de l' « état mental des Héréditaires dégénérés » sont absents de nos observations.

Il n'est pas impossible, toutefois, que ces stigmates se soient présentés dans la génération antérieure à celle qui est tombée sous notre contrôle. De toutes façons, leur inconstance, les rend impropres à prendre rang de critères.

⁂

Pour de nombreux auteurs modernes, l'hérédité vésanique, en tant que facteur étiologique, paraît suspecte. En effet, elle peut trop facilement se confondre avec la notion d'hérédité psychologique, ce qui nous ramènerait à une conception spiritualiste des maladies mentales. Or, les certitudes acquises dans le domaine de l'organicité ne nous permettent plus de considérer la psychiatrie comme un simple jeu d'influences morales.

Des facteurs étiologiques plus précis, susceptibles de vérifications tant cliniques que biologiques ont été retenus. Parmi eux, la syphilis occupe incontestablement la première place : on savait en effet qu'elle est capable de se transmettre à plusieurs générations, parfois sous une forme inapparente, et l'on savait d'autre part quelles dystrophies tant physiques que psychiques elle pouvait engendrer. L'idée devait venir tout naturellement d'incriminer ce facteur étiologique et de chercher à le substituer, dans la plupart des cas à l'hérédité vésanique.

L'étude de nos observations nous permet cependant de faire quelques réserves. En effet, essayons de dénombrer chez nos malades les critères qui permettent d'affirmer une syphilis acquise ou héréditaire.

a) Au premier rang figurent les stigmates physiques. Depuis longtemps, en effet, on a remarqué que les stigmates décrits par Morel comme des « stigmates de dégénérescence » étaient les mêmes, pour la plupart, que ceux que Fournier attribuait à l'hérédo-syphilis, de sorte que, dans l'esprit de beaucoup, ces deux notions sont devenues presque synonymes.

En réalité, de l'avis même des syphiligraphes les plus avertis, les stigmates pathognomoniques d'hérédo-syphilis sont rares : en l'absence de « dent d'Hutchinson » ou de « dent de Moser », de lésions nasales, oculaires ou auriculaires caractéristiques on ne saurait affirmer la syphilis. Nous n'avons jamais rencontré de telles lésions chez nos malades. Les stigmates dystrophiques que certaines d'entre elles présentaient ne sauraient faire préjuger de leur nature syphilitique.

b) L'étude des éléments anamnestiques (notion de contage, fausses-couches, multiléthalité infantile), la recherche des cicatrices (chancre, plaques muqueuses, gommes), des signes d'atteinte neurologique ou viscérale, l'étude des réactions humorales se sont montrées absolument négatives dans la plupart des cas.

Quinze couples nous paraissent absolument indemnes de syphilis. Parmi eux, on relève seulement, dans deux observations, l'existence d'une fausse-couche (Obs. 9 et 10), et, dans une troisième la notion de deux enfants morts en bas âge d'affections inconnues (Obs. 16).

Par contre, nous avons trouvé dans nos observations 4 et 5 la présence indubitable de l'infection syphilitique. Dans quelle mesure est-elle responsable des syndromes mentaux ? Cela demande discussion.

Si nous relisons attentivement l'obs. 4 nous pouvons supposer que : Hortense présente une hérédo-syphilis de première génération, responsable, à la fois de l'épilepsie, des fausses-couches et de la multiléthalité infantile. Sa fille serait alors une hérédo-syphilitique de deuxième génération avec épilepsie, arriération mentale et un cortège impressionnant de signes neurologiques.

Dans l'observation 5, le rôle de l'hérédité syphilitique dans la genèse de la psychose nous semble moins probant. En effet, Elise est-elle une hérédo-spécifique? Nous ne le pensons pas, malgré la multiléthalité infantile signalée chez sa mère. L'éthylisme très marqué du père suffit, en effet, à l'expliquer, encore que certains auteurs ne veuillent voir dans l'alcool que le vecteur de la syphilis. Elle présente un B. W. positif dans le sang ; mais elle n'a aucun stigmate

d'hérédo-syphilis et son existence, qui fut longtemps celle d'une prostituée explique suffisamment le contage.

La fille a-t-elle hérité de la spécificité maternelle ? Rien ne nous autorise à le croire: il n'existe aucun stigmate, aucun symptôme viscéral ou neurologique, aucun signe sérologique. L'état pathologique dans lequel elle se trouvait lors de son quatrième accouchement explique suffisamment la mort de son enfant.

Dans de telles conditions, il nous paraît légitime de dire pour la mère « psychose chez une syphilitique » et non « psychose syphilitique ».

Ainsi, nous avons rencontré la syphilis dans deux couples, et, dans un seul on peut affirmer que l'hérédo-syphilis est responsable de la dégénérescence mentale ; encore s'agit-il de la psychose la plus « neurologique » : l'épilepsie, dans laquelle, la possibilité d'une étiologie syphilitique n'est plus à démontrer.

L'examen attentif de nos observations ne nous permet donc pas d'incriminer la syphilis aussi fréquemment que certains auteurs le font. Il est hors de doute que le virus syphilitique soit le point de départ de certains cas de dégénérescence mentale ; mais bien d'autres causes sont capables, comme lui, de fragiliser le système nerveux et d'amener, dans la suite des générations, une déficience organique et fonctionnelle psycho-somatique progressive. Toutes les intoxications (et au premier rang l'alcoolisme) toutes les maladies infectieuses, les carences alimentaires, les traumatismes, peuvent en être le point de départ.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas encore possible, dans la plupart des cas, de mettre en évidence cette cause première de dégénérescence mentale. Ce que nous observons, c'est une succession d'états psychopathiques évoluant selon un dynamisme propre, comme si la lésion du système nerveux se transmettait seule, en s'aggravant de génération en génération.

C'est dans cet esprit que nous proposons de conserver dans l'état actuel des choses, la notion d'hérédité vésanique.

***

L'importance du facteur héréditaire dans la pathologie mentale a incité certaines écoles psychiatriques s'inspirant de principes racistes à préconiser des mesures prophylactiques sévères. La stérilisation systématique des aliénés qui est maintenant organisée officiellement dans certains pays a fait l'objet, au Congrès d'Hygiène Mentale de Paris, d'une importante discussion sur laquelle nous ne jugeons pas utile de revenir.

Contentons-nous d'envisager cette question en fonction de nos quelques observations. Il semblerait, à priori, que les faits de dégénérescence progressive que nous avons constatés dans les générations successives justifient les mesures de stérilisation. Nous ne saurions toutefois nous ranger à cette opinion. Nous avons, en effet, signalé plus haut, que dans nombre de cas, certains descendants échappaient à la dégénérescence, non seulement, dans l'éventualité d'une régénérescence par apport sain, comme l'avait déjà vu Morel, mais encore, dans le cas d'une hérédité convergente particulièrement sérieuse. C'est ainsi que, dans notre observation 6, nous constatons qu'une lourde hérédité maternelle (grands-parents mélancoliques, mère, démente précoce) et paternelle: (deux tantes aliénées), a épargné l'aîné des enfants, tout en atteignant gravement le cadet et plus légèrement le troisième enfant.

Il paraît donc impossible d'instituer une règle prédisant d'une façon infaillible l'avenir mental des descendants d'aliénés. Cependant, il est une catégorie de malades dont les descendants éventuels nous paraissent d'avance condamnés : c'est le groupe des arriérés profonds (imbécillité et idiotie). Mais, dans ces cas, qui doivent interdire d'une façon formelle la procréation, la nature, d'une part, en les rendant souvent stériles, la société d'autre part en les plaçant dans des établissements d'assistance aboutissent aux résultats mêmes que se proposent les réformateurs racistes.

Ce que nous avons constaté, dans un cas d'hérédité convergente, s'applique à plus forte raison aux cas où l'hérédité unilatérale est seule en jeu et où il est impossible d'évaluer quelle part plus ou moins prépondérante reviendra au géniteur sain. La vésanie n'apparaîtra plus dans ce cas que comme un facteur de probabilité. Ce facteur, si dangereux soit-il, peut-il justifier des mesures prophylactiques aussi draconiennes que celles de la stérilisation imposée par la contrainte ? Comme l'écrit si justement M. Minkowski : « Est-ce que réellement la situation « est si tragique que l'homme soit acculé par un « acte de désespoir bien plus que par un acte d'hé« roïsme à faire intervenir son couperet dans la lutte « contre les maladies mentales ? »

Dans un autre ordre d'idées, une telle conception choque notre respect individualiste de la personnalité humaine et s'oppose au rôle traditionnel du médecin, confident et protecteur de son malade, pour n'en faire que l'exécuteur docile d'une loi d'un automatisme aveugle.

Plutôt que de recourir, avec une hâte prématurée, à des méthodes aussi radicales, il nous paraît plus conforme à l'obectivité scientifique de s'en tenir à des mesures d'hygiène mentale plus modestes en attendant de pouvoir agir efficacement sur les véritables causes de la dégénérescence.

***

CONCLUSIONS.

Au cours de cette étude, nous avons vu la dégénérescence constituer successivement, pour Morel une grande loi d'anthropologie, pour Magnan et son école un cadre nosologique précis.

Pour nous, la dégénérescence est une modalité évolutive très générale, caractérisée par la transmission héréditaire et l'aggravation progressive des symptômes qui la caractérisent. Particulièrement fréquente dans le domaine de la pathologie mentale, elle s'y confond, le plus souvent, avec l'hérédité vésanique. Cette dernière peut être envisagée sous deux aspects : celui de sa réalité clinique et celui de sa valeur étiologique

En tant que réalité clinique, elle englobe les cas de transmission héréditaire des maladies mentales (hérédité similaire et de transformation), et en fait des maladies dégénératives.

En tant que donnée étiologique, on pourrait grossièrement la comparer à une progression géométrique dont la raison serait la cause connue ou inconnue qui a déterminé la première manifestation de la série, comparaison artificielle, certes, qui ne tient

pas compte des faits de régénération si fréquemment observés mais qui permet, tout au moins d'entrevoir comment les inter-réactions étiologiques précipitent la déchéance de la lignée atteinte.

Est-il illicite d'appliquer aux manifestations cliniques de l'hérédité de transformation cette « théorie des niveaux de désintégration psychique » à partir de laquelle de nombreux chercheurs tentent de donner à la psychiatrie une orientation plus dynamique. La « perspective évolutive » selon laquelle on nous convie à envisager les psychoses s'étendrait alors aux générations successivement atteintes ; et il serait permis de supposer que le processus lésionnel héréditairement transmis donne à chaque génération successive un tableau clinique différent, représentant un niveau de désintégration plus avancé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 1er MAI 1939.

Sur la relation entre la concentration et la pression colloïdo-osmotique du sérum sanguin. — M. Paul MEYER.

Contribution au problème de l'extraction de l'hémolysine. — M. M. DOLADILHE.

Etude expérimentale de l'influence biologique d'un séjour prolongé à l'altitude. Les modifications hépatiques et musculaires. — MM. PIÉRY, ENSELME, C. PESCHIERA et P. DONON.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 16 MAI 1939.

M. le PRÉSIDENT fait part du décès de M. NICOLAS, à Nancy.

Allergie et prémunition par le B.C.G. — M. CHAUSSINAND d'Hanoï, confirme que pour certains vaccinés au B.C.G., par voie buccale, vivant en milieux infectés, les bacilles virulents de surinfection se comportent comme de véritables parasites inoffensifs, incapables d'être fixés par l'organisme, et sont éliminés en nature par les émonctoires naturels. Dans ces cas l'allergie n'est pas le témoin de la prémunition, cette dernière pouvant exister sans allergie. Des enfants chez lesquels n'a pu être constatée l'allergie post vaccinale, n'ent sont pas moins résistants aux surinfections tuberculeuses. Placés en milieux contagieux ils restent longtemps anergiques, alors que les témoins non vaccinés font rapidement leur virage. Il conclut que la vaccination au B.C.G. par voie buccale, d'une exécution très simple, conserve toute sa valeur (note présentée par M. GUÉRIN).

Le navire-hôpital Maréchal Lyautey. — M. FREDET apporte un travail de M. MARC ARNAUD (de Marseille) sur l'organisation et le fonctionnement du navire-hôpital *Maréchal Lyautey*, envoyé il y a quelques mois à Port-Vendres pour hospitaliser et soigner les réfugiés espagnols.

Il a été soigné à bord 1.500 blessés. Le navire a contenu jusqu'à 1.200 blessés à la fois. M. Arnaud donne des détails très précis sur l'installation des blessés, sur le fonctionnement des salles d'opérations qui ont fonctionné avec 4 et 5 équipes chirurgicales. assistées de 40 infirmières de la Croix-Rouge française. Il semble que le matériel fourni par la Croix-Rouge ait été prévu trop largement d'où un peu de flottement dans l'installation. L'expérience a fourni des indications précieuses pour l'avenir.

M. LEGUEU demande la parole.

C'est lui qui a été chargé de fournir le matériel au nom de la Croix-Rouge. Il rappelle qu'il a été prévenu à 14 heures par le ministère que le matériel devrait être rendu le soir même à la gare de Lyon pour être le lendemain matin à Marseille.

Aucune indication ne lui ayant été donnée sur les quantités nécessaires, il a cru devoir en envoyer trop plutôt que pas assez.

M. FREDET signale que les envois qui paraissaient surabondants au début n'ont pas tardé à trouver leur emploi. Tout le matériel a été utilisé par la suite.

Action rapide du sérum anti appendicite sur un plastron appendiculaire en voie d'épuration. — M. LAQUIÈRE.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 3 MAI 1939.

A propos des fractures de l'apophyse styloïde. — M. TRUFFERT.

Note sur le hile et les gros vaisseaux du poumon. Topographie opératoire. — M. PETIT DE LA VILLÉON revient sur les limites topographiques de la région hilaire dont les ombres sont les seules repères visibles lorsqu'on procède à l'extraction des projectiles au moyen d'une mince mouce traversant le parenchyme pulmonaire.

L'angiopneumographie a permis de préciser un certain nombre de points ; la région hilaire dangereuse descend très bas et s'inscrit dans un losange irrégulier limité par la 5e côte en haut, la 10e en bas, le rachis en dedans et le bord spinal de l'omoplate en dehors.

M. Monod met en doute la projection inférieure donnée par M. Petit de la Villéon.

Repérage du nerf récurrent au cours de 250 thyroïdectomies consécutives. Indications éventuelles de cette méthode. — M. WELTI a eu l'occasion d'observer dans quelques cas des troubles vocaux liés à une paralysie unilatérale des cordes vocales. La nécessité où l'on se trouve actuellement de faire des thyroïdectomies expose particulièrement le nerf récurrent.

Trois moyens sont utilisés pour protéger le nerf : le caractère subtotal de la thyroïdectomie, la ligature à distance de l'artère thyroïdienne inférieure, enfin le contrôle de la voix au cours de l'intervention faite sous anesthésie locale.

M. Welti montre les défaillances de ces trois procédés ; aussi, estime-t-il avec Lahey qu'il est prudent de repérer systématiquement le nerf récurrent dès le début de l'intervention. Les repères utilisés sont : la corne inférieure du cartilage thyroïde, le croisement avec l'artère thyroïdienne inférieure. Il faut éviter la dénudation large du nerf mais une libération sur 1 ou 2 cm n'a aucun inconvénient.

De cette étude, il ressort que la zone dangereuse du trajet du récurrent est la portion comprise entre le croisement avec l'artère thyroïdienne inférieure et le point de pénétration dans le larynx.

M. BLOCH rappelle l'existence de paralysie récurrentielle par élongation qui doit inciter à une certaine prudence dans la libération.

M. Bloch estime que le récurrent ne court pas de danger dans les opérations pour goître présentant un prolongement rétro-pharyngien.

Embolectomie de l'artère humérale avec guérison complète. — M. HOEFFEL.

Embolie de l'artère humérale. — M. MARIAU.

M. Ménégaux fait un rapport sur ces deux observations ; dans la première observation, l'embolectomie fut suivie d'un plein succès. Dans l'observation de M. Mariau, l'embolie est survenue au cours d'une septicémie qui amena la mort de la malade au 7e jour.

M. Ménégaux ajoute deux observations personnelles ; la première concerne une embolie de l'artère fémorale opérée à la 12e heure ; artériectomie, amputation huit jours après. Dans la 2e observation, embolie de l'artère humérale ; artériectomie. Trois heures après, embolie dans l'artère fémorale artériectomie. Décès.

M. Bazy souligne l'intérêt que comporte l'examen histologique des artères fulevées au cours des artériectomies ; dans le cas I de M. Ménégaux, il y avait un processus d'artérite oblitérante qui explique l'échec de l'intervention conservatrice.

M. Grégoire se montre sceptique sur la réalité de la perméabilité vasculaire après embolectomie ; la vérification clinique lui apparaît insuffisante, la circulation collatérale suffisant à donner l'impression d'un rétablissement parfait du régime circulatoire.

M. Moulonguet rapporte une observation d'échec d'embolectomie ; la septicité du caillot paraît expliquer cet échec ; sur les coupes histologiques du tronc artériel, on a pu mettre en évidence du streptocoque.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1939.

Sur la sclérose tubéreuse. — M. L. BABONNEIX étudie d'abord les *caractères cliniques* de cette affection. Puis il discute sa *nature* : c'est, à son avis, une dysembryoblastomatose, qui porte sur les dérivés des trois feuillets, et qui subit parfois une dégénérescence maligne ; ce n'est pas une « sclérose », comme on l'a cru jadis. Ses relations sont étroites avec d'autres affections voisines, et surtout avec la neurofibromatose : mêmes manifestations cutanées ; mêmes lésions (Bielschowski et Gallus) ; même évolution possible vers la tumeur maligne ; origine commune, qui explique la fréquence de leur association.

Syndrome de cachexie progressive par tumeur (spongioblastome) du troisième ventricule. Le problème anatomique de la maladie de Simmonds. — MM. LHERMITTE, DE MARTEL, GUILLAUME et AJURIAGUERRA rapportent l'observation anatomoclinique d'une fillette de neuf ans qui a présenté une cachexie progressive avec inappétence, somnolence, céphalées, réduction du métabolisme de base, anémie, hypothermie, déshydratation. Les radiographies craniennes montrent l'existence d'une hypertension intracranienne qui est confirmée par la mensuration manométrique. On porte le diagnostic de syndrome de Simmonds avec hydrocéphalie. Une décompression prudente est pratiquée ; malheureusement, la malade succombe.

L'examen anatomique montre l'existence d'un spongioblastome polaire, qui s'infiltre largement dans les parois du troisième ventricule, et qui ménage l'hypophyse ; cette dernière ne montre aucune lésion histologique. Un pareil fait, confronté avec d'autres analogues, montre que la cachexie progressive du type Simmonds peut être liée à une lésion des centres végétatifs cérébraux et ménager la glande pituitaire.

M. BAUDOUIN fait remarquer que les éléments classiques du syndrome, de Simmonds, en particulier la diminution du métabolisme de base, l'hypothermie — et même l'arthrosie chez la femme — sont communs à toutes les cachexies. M. LHERMITTE admet que le fait saillant est l'évolution d'une telle cachexie en l'absence de toute cause apparente, et en particulier, en l'absence de tuberculose ou de cancer. Pour M. MOLLARET, le seul signe propre à la maladie de Simmonds est l'action thérapeutique de l'extrait du lobe antérieur d'hypophyse.

Les métastases du système nerveux central des épithéliomas du poumon. — MM. LHERMITTE, HUGUENIN et E. VERMÈS, après avoir rappelé la fréquence des métastases cérébrales des cancers du poumon, rapportent deux observations, dont l'une est intéressante surtout en ce qu'elle montre la manière aiguë dont s'effectue l'efflorescence des métastases (syndrome métastatique aigu décrit par Huguenin). Il faut observer que les noyaux secondaires se localisent surtout dans la région corticale ou sous-corticale, précisément dans la zone dont l'irrigation est la plus pauvre, et que cette infestation cérébro-médullaire se realise cependant par la voie sanguine, et non par la voie des lymphatiques.

M. ANDRÉ THOMAS, M. GARCIN insistent sur la nécessité de l'examen clinique et radiographique des poumons, pratiqué systématiquement en présence de tout syndrome d'hypertension cranienne ; avec MM. LHERMITTE, THIÉBAULT, BABONNEIX, ils insistent sur la fréquence des causes pulmonaires latentes, que seul révèle cliniquement le développement de la métastase cérébrale.

MM. BAUDOUIN, DE MARTEL, GARCIN, PUECH discutent la conduite pratique à tenir : la constatation d'un cancer primitif au cours d'un syndrome d'hypertension cranienne, sans constituer, dans tous les cas, une contre-indication opératoire absolue, modifie non seulement le pronostic opératoire, mais les indications elles-mêmes.

Syndrome strié de l'enfance à type particulier. — M. J. LHERMITTE, Mlle BOUCABEILLE et M. CAHEN présentent un malade de vingt et un ans dont l'affection a débuté dès les premiers mois de la vie, mais a permis une existence normale jusqu'à dix ans. Les premiers signes consistèrent en spasmes toniques d'élévation des mains occasionnés par l'émotion et la surprise. Puis survinrent les spasmes plus prolongés des membres inférieurs, à type d'hyperextension, accompagnés de contractures toniques du tronc, tétanoïdes. Actuellement, la station et la marche sont impossibles, et la moindre émotion déclenche un état spasmodique généralisé. Le tonus est abaissé, et on ne retrouve qu'un minimum de symptômes pyramidaux. Le psychisme n'est guère altéré. Cette affection ne rentre exactement dans le cadre d'aucune maladie définie du système extra-pyramidal, et elle pourrait se placer entre l'état dysmyélinique de Vogt et la dystonie musculaire déformante.

Encéphalopathie chronique infantile à forme atonique astasique (maladie de Fœrster). — M. HEUYER, Mme ROUDINESCO et Mlle FAGUENAUER.

Sur un cas de paralysie verticale du regard. — MM. MONNIER-VINARD, VELTER et OFFRET.

Hypertrophie musculaire de l'adulte de constitution rapide. Influence du traitement thyroïdien. — MM. MOLLARET et SIGWALD.

LIVRES NOUVEAUX

Anatomie et histologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme, par A. HOVELACQUE, professeur à la faculté de médecine de Paris, chef des travaux d'Anatomie et Jean TURCHINI, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — Un vol. in-4° de 310 pages avec 180 figures dans le texte : 260 fr. G. Doin, édit., Paris.

Cet ouvrage est tout naturellement divisé en deux parties.

La première partie, due à la plume du professeur Hovelacque, comprend l'anatomie macroscopique et le développement de l'appareil uro-génital de l'homme ainsi qu'une description du périnée. En même temps qu'un travail d'anatomie pure très fouillé et très précis où l'auteur présente une description personnelle basée sur de très nombreuses préparations, c'est un travail où a été mis en valeur avec un soin particulier le fait qui peut servir au chirurgien et au médecin. La contribution apportée à l'anatomie par la radiographie simple ou après opacification de l'arbre urinaire n'est pas oubliée ; l'auteur expose les données nouvelles qu'elle a fourni à l'anatomie du vivant. Mis à part les schémas qui accompagnent le chapitre du développement et qui sont empruntés à différents auteurs, l'ouvrage contient une belle et abondante iconographie presque entièrement originale due au talent d'Arnould Moreaux.

La seconde partie, rédigée par le professeur Turchini traite de l'histologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital mâle, mais elle n'est pas limitée à la description morphologique de ces appareils. Elle envisage aussi leur développement histologique et leur histophysiologie. L'histophysiologie de la sécrétion rénale, d'après les travaux les plus récents, le mécanisme de la spermatogenèse et de la réduction chromatique la signification physiologique des cellules interstitielles et leurs fonctions hormonales ou autres, qui ont donné lieu à tant de controverses, les sécrétions des voies génitales et des glandes annexes, y sont également exposés d'une façon précise et complète. L'iconographie est, comme pour la partie anatomique, en majeure partie originale. De belles microphotographies de préparations personnelles de l'auteur, qui a consacré de nombreuses années à l'étude des questions qu'il traite, y tiennent une large place.

Atlas d'anatomie et de médecine opératoire du labyrinthe osseux, par le Docteur Louis GIRARD. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Préface de M. le Professeur H. ROUVIÈRE. 3e édition entièrement refondue et considérablement augmentée. — Un volume format 19×28 de 170 pages avec 80 figures de H. Frantz dans le texte. Tiré sur papier couché. Prix : 125 fr. Maloine, édit., Paris.

La chirurgie du rocher ne cesse d'étendre son domaine. Dès longtemps maîtresse de l'oreille moyenne et de toute la région mastoïdienne, elle a pris possession du labyrinthe depuis 30 ans environ et cherche à présent à le contourner, ou à le dépasser pour atteindre le conduit auditif interne et l'apex pétreux.

Encouragée récemment par l'efficacité de la médication sulfamidée dans certaines méningites otitiques, elle va redoubler d'efforts et d'audace pour écarter du rocher tout foyer infectant, à quelque profondeur qu'il se trouve.

A une chirurgie à ce point audacieuse, il faut une anatomie qui soit le guide pratique et sûr de la main qui opère. Le présent Atlas d'anatomie du labyrinthe, composé par un praticien Auriste, répond très heureusement à ce besoin.

Ses gravures montrent les organes intra-pétreux (labyrinthe, aqueduc de Fallope, canal carotidien, golfe de la jugulaire, etc.) dans une perspective otoscopique ; son texte est rédigé pour éclairer le praticien occupé à scruter les secrets d'un rocher pathologique le spéculum ou la gouge à la main ; son chapitre de Médecine opératoire soigneusement illustré complète l'œuvre anatomique et constitue pour le futur chirurgien auriste un bon instrument d'initiation.

Toutefois cet ouvrage n'est pas exclusivement réservé aux Médecins spécialistes, il s'adresse aussi aux étudiants qui y trouveront très simplement et très clairement exposées, les questions de cours les plus élémentaires.

Comme dans tout atlas, l'iconographie tient la plus large place ; aucune affirmation dans le texte qui ne soit illustrée par la gravure.

Les dissections bien connues du Docteur Louis Girard, si hautement pédagogiques, ont été dessinées par H. Frantz qui a réussi à donner à l'image la précision de la photographie et le relief saisissant que produirait le stéréoscope.

C'est ici une troisième édition. La première parue en 1910, fut couronnée par l'Académie de Médecine, depuis lors, l'ouvrage maintes fois sur le métier remis, s'est enrichi de figures nombreuses et de chapitres nouveaux.

On ne peut mieux faire, pour apprécier, que de rapporter les lignes suivantes tirées de la préface écrite par M. Rouvière, professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris :

« Par la netteté et la précision des figures, par la méthode qui a présidé, à leur présentation, par la clarté du texte qui les accompagne et les explique la troisième édition de l'Atlas d'Anatomie et de Médecine opératoire du Labyrinthe osseux, est un ouvrage parfait ».

Des variations immunitaires aux infections tuberculiniques en fonction du terrain, par Michel GROENEN, 1939. — Un volume in-8 de 68 pages avec 21 figures : 20 fr.

L'auteur met en relief dans « Variations Immunitaires » l'importance du terrain dans la pathogénie de la tuberculose. Il montre comment la résistance du terrain est conditionnée par des facteurs héréditaires ou permanents et des facteurs temporaires, généralisés à tous les individus, en dépendance de leur conditionnement glandulaire. La biologie est ainsi mise à l'avant-plan dans la détermination des tuberculoses évolutives. L'auteur dans un exposé magistral en tire les déductions qui semblent s'imposer au point de vue thérapeutique, et les appuie d'une série de radiographies. Ces déductions seraient d'une importance telle que toute la thérapeutique antituberculeuse en serait singulièrement modifiée, qu'au lieu d'une thérapeutique chirurgicale de modalité diverse, applicable seulement à des cas déterminés, le traitement humoral trouverait une indication générale à la fois curative et préventive.

INFORMATIONS

(Suite de la page 702)

Fédération des externes et anciens externes des hôpitaux. — Au cours du 15e Congrès de la Fédération, tenu à Strasbourg, un certain nombre de vœux ont été adoptés. Signalons les deux premiers vœux qui sont très importants :

« La Fédération des externes et anciens externes des hôpitaux de France, émet le vœu que des pénalités sévères soient encourues par ceux qui usurpent des titres hospitaliers. »

La Fédération des externes et anciens externes des hôpitaux de France, émet le vœu que les externes des hôpitaux de ville, de faculté ou d'école de médecine, nommés au concours, soient autorisés légalement à faire des remplacements de médecin, un an avant les étudiants en médecine stagiaires. »

Le 10e Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires vient de s'ouvrir à Washington sous la présidence du Major Général Charles R. Reynolds, médecin général de l'armée des Etats-Unis.

On sait que les Congrès Internationaux de Médecine et de Pharmacie militaires créés à l'initiative de la Belgique, et dont le premier eut lieu à Bruxelles en 1921, se tinrent successivement à Rome, Paris, Varsovie, La Haye, Madrid, Bruxelles et Bucarest.

Le but de ces Congrès est de rechercher tous les moyens pouvant améliorer le sort des malades et des blessés, tant en temps de paix qu'en temps de guerre, et de grouper en une mission commune tous les organismes placés sous le signe international de la croix rouge.

Trente-quatre pays sont représentés officiellement au Congrès de Washington. Les délégations allemande, anglaise, française et polonaise ayant à leur tête le chef du service de santé militaire de leur pays sont particulièrement importantes.

L'armée belge est représentée à ces importantes assises par le Colonel Médecin Voncken, secrétaire général permanent du Comité International de Médecine et de Pharmacie militaires et par le Major pharmacien de réserve Etienne.

IIe Congrès international de la Fédération latine des Sociétés d'Eugénique. — Le Congrès aura lieu du 23 au 30 septembre 1939, à Bucarest, sous la présidence du professeur I. Parhon.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 1er juin : à Bucarest, Roumanie, rue du Dr N. Staicovici.

La Société Wagons-Lits Cook est agent officiel du voyage pour le Congrès.

Bourses de voyage d'études médicales aux stations thermales. — Un nombre important de bourses de voyage est mis cette année-ci à la disposition des étudiants français et étrangers de cinquième année, des externes et des internes des hôpitaux de Paris et des assistants étrangers, pour visiter les stations thermales françaises.

Les bourses de 500 frs seront attribuées par priorité suivant les titres et pour les étudiants suivant la note obtenue à l'examen de thérapeutique et d'hydrologie.

Les inscriptions des candidats aux bourses de voyage d'études médicales sont reçues dès maintenant et jusqu'au 1er juin prochain, au laboratoire d'hydrologie thérapeutique et de climatologie de la faculté (professeur Chiray) tous les jours, sauf le samedi, de 15 h. à 17 h.

Conseil supérieur des assurances sociales. — Par arrêté en date du 26 avril 1939, ont été appelés à prendre part aux séances du conseil supérieur des assurances sociales avec voix consultative :

M. Piquemal, directeur du contrôle général au ministère du travail.

Mme le docteur Campaux et M. le docteur Godard, médecins contrôleurs des assurances sociales au ministère du travail.

Umfia. — *Réunion du conseil d'administration du 27 avril 1939.* — Sous la présidence de M. Bandelac de Pariente, vice-président-fondateur, s'est tenue la réunion trimestrielle et statutaire du conseil d'administration.

Après l'examen des affaires courantes portées à l'ordre du jour, il a été décidé en raison des circonstances actuelles, par les médecins français du conseil, de publier l'émouvant manifeste écrit par M. Louis Madelin, de l'Académie française, pour le bulletin France-Italie — manifeste auquel le conseil s'est rallié à l'unanimité, car il traduit et précise fort heureusement, nos sentiments « latins » à l'égard de nos collègues italiens.

Nous appelons l'attention de tous nos confrères sur la date du mercredi 24 mai : date à laquelle sera donné au Cercle Interallié un déjeuner amical en l'honneur de M. le professeur agrégé Lardennois, qui, le soir même à 9 h. à l'Institut Océanographique donnera dans le lieu habituel des conférences des Voix latines, un exposé documentaire sur : ce qu'à été la chirurgie au cours de la douloureuse guerre espagnole.

Prière de s'inscrire d'urgence au siège social de l'Umfia, 39, rue d'Amsterdam, Paris 8e, tél. : Trinité 39-07, pour le déjeuner (55 frs), déjeuner auquel les dames sont admises. On voudra bien également y demander les cartes d'invitation pour la conférence.

PRATIQUE MÉDICALE

LA POLYPHAGIE MALADIE

La polyphagie, due souvent à de mauvaises habitudes culinaires, est dans bien des cas une véritable maladie, contre laquelle le rationnement alimentaire est à peu près sans effet.

Dans de tels cas, il faut, pour éviter l'adiposité, augmenter les combustions et entraîner ainsi une meilleure utilisation des ingestats. L'augmentation des dépenses pourrait être également envisagée, mais l'exercice physique est trop souvent inefficace et même impossible à mettre en œuvre chez les obèses.

Il y a donc intérêt à recourir à une médication accélérant le travail organique et corrigeant « les ralentissements de la nutrition ». A l'heure actuelle, une telle thérapeutique est possible grâce à la dinitrophényl-lysidine, dont l'action est comparable à celle de l'exercice physique, sans fatigue du cœur.

Pratiquement, on administrera aux polyphages, un comprimé de dinitra par 10 kilos de poids corporel, ceci permettant de ne faire qu'une restriction alimentaire assez minime pour être bien tolérée.

(1) C. Laborie, *Concours Médical*, 1939, n° 12, p. 836.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 41. — MERCREDI 24 MAI 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.
Hypochlorémie par vomissements pyloriques, par MM. Maurice LOEPER, E. BIOY et VIGNALOU.

MÉDECINE PRATIQUE.
Quelques travaux récents sur l'épilepsie, par M. L. BABONNEIX.

NÉCROLOGIE. — Henri GILLARD, par M. Paul CLAISSE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
De la retraite, par M. A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

PRATIQUE MÉDICALE, par M. GERVAIS.

NOTES POUR L'INTERNAT.
L'artère hépatique, par M. M.-H. SERVELLE.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours de chirurgien des hôpitaux. — 2e Concours de nomination.*

2e épreuve clinique : MM. les Docteurs Rudler, 19 ; Longuet, 18 ; Petit, 18 ; Baumann, 18.

Epreuve de thérapeutique chirurgicale : MM. Rudler, 29 ; Petit, 28 ; Longuet, 27 ; Baumann, 26.

Classement des candidats : 1. M. Rudler, 90 ; 2. exæquo : MM. Longuet et Petit, 89 ; 4. M. Baumann, 88. Une séance supplémentaire permettra de départager MM. Longuet et Petit.

Groupe hospitalier Paul Brousse. — Institut du cancer. — Concours de l'Internat en médecine. — Le concours ouvert le 17 avril s'est terminé par les nominations suivantes : Internes titulaires, M. J. Chauvin, Mlle de Robert, MM. Perrin, Kritter et Jouin. Internes provisoires, MM. Coulreu, Schuster et Tagliante-Saracino.

Faculté de Paris. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section de médecine générale* : Jury : Président : M. le prof. Carrière ; MM. Balthazard, Villaret, Clerc, Laubry, Troisier, Leroux, Dupérié, Mattei, Riger, Mouriquand, de Vezeaux de Lavern, Roques.

Leçon de 3/4 d'heure. — Liste des candidats par ordre de passage : MM. Driessens, Chaptal, Manceaux, Ravoire, Bert, Stahl, Joyeux, Louyot, Lenègre, Degos, Audier, Poliet, Christiaens, Recordier, Girard, Fabiani, Balme, Busser, Darnaud, Naimann, Balme (A.J.J.), Pons, Brocard, Raynaud, Verhaeghe, Sterne, Sarrouy, Briskas, Thiodet, Houcke, Dubarry, Géraud, Vachon, Fassio, Mlle Gauthier-Villars, Merklen, Mas, Brouet, Tison, Boury, Serre, Saric, Créhange, Tulasne, Martin, Paillas, Pauly, Sacrez, Cachera, Patoir, Warter, Delay, Gineste, Payet.

Séance du 17 mai. — M. Driessens (Lille) : « Diagnostic des syndromes Parkinsoniens. »

M. Chaptal (Montpellier) : « Endocardite rhumatismale aiguë. Traitement excepté. »

M. Manceaux (Alger) : « Symphyse du péricarde. Traitement excepté. »

M. Ravoire (Montpellier) : « Hémiplégie infantile. »

Séance du 18 mai. — M. Bert (Montpellier) : « Formes cliniques de la lymphagranulomatose maligne. »

M. Sthal (Strasbourg) : « Néphrite de la scarlatine. »

2e Séance du 18 mai. — M. Joyeux (Paris) : « Formes cliniques des péritonites tuberculeuses. »

M. Louyot (Nancy) : « Formes cliniques et diagnostic de la granulie tuberculeuse. »

M. Lenègre (Paris) : « Diagnostic et traitement de la maladie de Basedow. »

M. Degos (Paris) : « Accidents cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde. »

M. Audier (Aix) : « Signes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

Section de chirurgie générale. Jury : Président : M. le professeur Ombrédanne ; MM. Mocquot, Mondor,

Grégoire, Cunéo, Sibert, Barthélémy, Caubet, Papin, Dubois, Bourde.

Leçon de 3/4 d'heure. — Liste des candidats par ordre de passage : MM. Addle (étranger), Cahuzac, Sicard, Couvelaire, Joyeux, Ginesty, Decoulx, Lapeyrie, Jung, Francillon, Aussiloux, Lange, Pouyanne, Verrière, Gouzi, Demarez, Patoir, Grimond, Escarras, Maquet, Virenque, Colson, Laumonier, Passebois, Dambrin (Paul), Mouchet, Grimault.

Séance du 17 mai. — M. Addle : « Les luxations récidivantes de l'épaule en avant. »

M. Cahuzac (Toulouse) : « Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. »

M. Sicard (Paris) : « Perforation des ulcères gastriques et duodénaux en péritoine libre. »

M. Couvelaire (Paris) : « Fistules pleurales. »

Séance du 18 mai. — M. Ginesty (Montpellier) : « Anévrismes artériels poplités. »

M. Decoulx (Lille) : « Les uronéphroses. »

M. Lapeyrie (Montpellier) : « Corps étrangers de l'articulation du genou. »

— M. le Professeur Maurice Roch, de Genève, fera sur l'invitation du Conseil de la Faculté de médecine les deux conférences suivantes : 1° le mercredi 24 mai, à 10 h. 30, dans le service de clinique du Professeur Lemierre, à Claude Bernard, sujet : *Fièvre aphteuse chez l'homme.*

2° le jeudi 25 mai 1939, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté, sujet : *Les collapsus cardio-vasculaire des maladies infectieuses et son traitement.*

— Par décret en date du 2 mai (*Journ. off.*, 17 mai 1939) il est institué un droit annuel destiné aux dépenses de médecine préventive et d'œuvres sociales en faveur des étudiants. Le droit est fixé à 40 francs pour toutes les universités.

— *Laboratoire d'anatomie pathologique.* — Le cours annuel de perfectionnement commencera le lundi 19 juin 1939 et se terminera le jeudi 13 juillet. Le programme a été publié antérieurement.

Les inscriptions sont reçues par le chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique, dans son laboratoire, tous les jours, sauf dimanche et fêtes, de 10 h. à 11 h. 30 et de 14 h. 30 à 18 h.

Cité universitaire. — Un concours pour la nomination de deux internes résidents et la désignation de cinq internes suppléants s'ouvrira le 8 juin, à 9 h. 30, à la Sorbonne.

Conditions. Nationalité française, douze inscriptions. Logement. Indemnité mensuelle, 350 francs. Inscription au secrétariat de l'Académie de Paris. Sorbonne, bureau 6, jusqu'au 31 mai 1939.

COURS

Amphithéâtre d'anatomie. — M. le Docteur Jean Braine, directeur des travaux scientifiques. — Un cours d'opérations chirurgicales, chirurgie de l'abdomen (tube digestif et glandes annexes), en dix leçons, par MM. les Docteurs J.C. Rudler et R. Judet, prosecteurs, commencera le lundi 5 juin 1939, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 300 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Le registre d'inscriptions est clos deux jours avant l'ouverture du cours. Ce cours n'aura lieu que s'il réunit un minimum de six inscriptions.

NÉCROLOGIE

HENRI GILLARD

Le 7 avril 1939, à Hayange, au cours de sa consultation, le Dr Gillard est abordé par un ouvrier exalté. Gillard essaie de le calmer, lui dit de patienter un instant, qu'il va s'occuper de lui. L'ouvrier répond qu'il ne peut attendre, tire à bout portant plusieurs coups de revolver, puis se fait justice. — Gillard meurt au bout de quelques instants.

Ce drame rapide a été relaté dans la grande presse, et les journaux de médecine ont publié la promotion posthume de Gillard au titre de chevalier de la Légion d'honneur et sa citation à l'ordre de la Nation.

En Lorraine, l'émotion fut intense. Dans la chapelle ardente ce fut un long défilé de tous ceux qui avaient connu et aimé Henri Gillard et venaient saluer sa femme et ses deux filles.

Aux obsèques, M. Humbert de Wendel, avec éloquence et émotion retraça la belle carrière de Gillard.

Interne des hôpitaux de Paris, il fait la guerre d'abord comme médecin d'un régiment d'artillerie, puis dans une ambulance divisionnaire.

Après la guerre, en 1919, il occupe en Lorraine dans l'industrie métallurgique un poste où sa science médicale, son activité, son dévouement et ses hautes qualités morales sont appréciés de tous.

Dans ces fonctions, il trouve les appuis les plus intelligents et les plus larges auprès des dirigeants. Mais chaque nouveau progrès dans l'hygiène sociale exige de lui un effort supplémentaire, et vraiment on doit admirer celui qui, à son labeur d'hôpital, et de clientèle privée, peut ajouter la consultation des nourrissons, la goutte de lait, le dispensaire antituberculeux, la présidence d'un comité de Croix-Rouge, les fonctions de médecin légiste, et tout cela avec sérénité et bienveillance.

Voilà l'être d'élite qui en pleine action vient d'être supprimé par le geste d'un déséquilibré.

L'émotion de toute la Lorraine qui connaissait et admirait Gillard est le plus bel hommage à sa mémoire.

Tout le corps médical s'associe à cet hommage.

PAUL CLAISSE.

HYPOCHLORÉMIE PAR VOMISSEMENTS PYLORIQUES

Réaction de la surrénale

par MM.
Maurice LOEPER, E. BIOY et VIGNALOU

Une observation médicale est souvent un petit drame où ne manque ni la surprise ni l'émotion.

Celle que nous allons rapporter avec ses hésitations, ses variations, sa rechute et ce coup de théâtre dramatique qui apporte la clef de l'énigme, répond certes à cette appréciation.

M. Wen..., 42 ans, tapissier, est hospitalisé à St-Antoine, salle Brissaud, le 5 décembre 1938 pour des *vomissements répétés.*

L'interrogatoire fournit peu de renseignements, car le malade fatigué, répond difficilement aux questions qu'on lui pose.

On apprend que, depuis le 28 novembre, sont survenus des vomissements assez abondants, presque immédiatement après les repas, mais c'est là l'épisode récent de troubles pathologiques dont le début semble remonter au mois d'avril 1938.

A cette époque alors que depuis 4 ou 5 ans il maigrissait, s'affaiblissait, tant par des soucis professionnels importants que par une insuffisance alimentaire, il ressent une *douleur* vive continue dans l'hypochondre droit et il se fait examiner à St-Antoine. Un cliché radiographique du thorax ne montre aucune lésion pulmonaire. Un cliché gastrique est à peu près négatif.

Au mois de juillet, les *vomissements* surviennent une heure après les repas, durant une semaine environ, puis après 2 ou 3 jours de calme, recommencent avec le même rythme et le même horaire.

Ces crises émétisantes d'une huitaine de jours, séparées par des périodes de calme de 2 à 3 jours, se renouvellent du mois de juillet au mois d'octobre. C'est alors que le médecin consulté pense à une atteinte hépatique liée à un éthylisme, d'ailleurs modéré, que le malade ne fait aucune difficulté à avouer. Le traitement institué semble momentanément efficace : du début d'octobre au 15 novembre, aucun trouble ne survient. Mais après le 15 novembre, le malade cesse le traitement prescrit et les vomissements reprennent d'abord intermittents puis persistants, et l'anorexie entraîne une sous-alimentation notable.

Le lundi 28 novembre et les jours suivants, les vomissements s'accentuent ; ils se produisent presque immédiatement après les repas et W. entre à l'hôpital le 5 décembre.

D'emblée, en raison de ses *vomissements,* de sa *fatigue générale,* et, toute cause d'ordre chirurgical cliniquement éliminée, on discute l'hypothèse d'une *crise tabétique.* Mais il n'existe pas le moindre signe d'atteinte neurologique. Réflexes tendineux normaux, pas d'hypotonie, pas d'ataxie, pas de troubles sensitifs. Les pupilles sont égales et régulières, et réagissent normalement. Les réactions de Kahn, Hecht, Meinicke sont négatives.

On pense alors au *pylore,* sans en trouver de signes ni présents, ni passés. La *radio est normale.*

On pense à l'*hépatite,* mais l'éthylisme n'est pas très marqué : l'abdomen est souple, le foie à des limites et une consistance normales.

L'appareil respiratoire et l'appareil cardio-vasculaire sont cliniquement normaux.

La galactosurie est discrète, la concentration de 2 gr. 14, mais prolongée. Au total = 1,17.

On *pense aux endocrines.* Seule vaut d'être notée l'existence d'un *gros corps thyroïde,* d'une légère exophtalmie avec un regard *un peu brillant.* Mais le métabolisme basal est de 5 %. Il n'y a pas de signe de *Chvostek.* Rien au crâne ni à la selle turcique. Fond d'œil normal.

L'épreuve d'insuline a 12 unités est très positive : 0 gr. 27 après 3/4 d'heure.

Alors, on institue un traitement symptomatique : teinture de belladone, 1/2 mgr. d'atropine, 500 grammes de sérum glucosé rectal.

Malgré ce traitement, les vomissements persistent abondants, aqueux, muqueux et un peu bilieux.

Le lendemain, le dosage d'urée sanguine donne 1 gr. 35 et permet aussitôt d'envisager un trouble humoral, dont on ne sait s'il est primitif ou secondaire aux vomissements.

Le 7, on administre 10 cc. de sérum salé hypertonique à 20 % par voie intra-veineuse et 500 grammes de sérum salé physiologique par voie sous-cutanée, soit en tout 6 grammes de NaCl.

Les examens pratiqués ce jour (7 décembre) montrent :

Cl. globulaire = 0,85
Cl. plasmatique = 1,91
ce qui est très faible pour un rapport de = 0,44.

La réserve alcaline atteint 95 volumes, ce qui est énorme.

Glycémie = 2 gr. 32, ce qui est élevé.

L'hypochlorémie est évidente. Elle conditionne sans doute les autres variations.

On aurait pu penser à une néphrite, mais la réserve alcaline était trop élevée et le taux d'urée des urines trop considérable, 32 % et 40 *gr. au total.*

Les vomissements s'atténuent et cessent définitivement dans la nuit du 7 au 8, avant que l'on ait pu pratiquer une recherche de NaCl dans le liquide gastrique dont on évalue approximativement la quantité à 1/2 litre par jour depuis 10 jours.

Le 8 décembre, le malade paraît beaucoup mieux. La diurèse, presque nulle la veille, est montée à 3 litres, mais toujours achlozurique.

L'urée sanguine s'est abaissée à 1 gr. 18.

Mais l'après-midi de ce jour et le lendemain, on note des *troubles psychiques* assez marqués : agitation, désorientation dans l'espace et le temps, en bref, un tableau de *confusion mentale* importante qui disparaît au bout de 36 heures.

Le 9 décembre, la diurèse est de 1 litre 750, d'urines claires contenant : cette fois 0 gr. 23 %° de NaCl, pas de cylindres, pas d'albumine et 18 gr. d'urée.

L'examen du sang donne des indications meilleures:

Cl. globulaire = 0,90
R = 0,43
Cl. plasmastique = 2,09
Urée = 1 gr. 08
Glycémie = 2 gr. 27
Protéines totales = 92 sans inversion du R. S/G
Cholestérine = 2,80
Calcémie = 88 milligrammes
mais la réserve alcaline atteint encore 105 volumes.

La formule sanguine donne G.R. = 4.560.000. Sans altération des hématies. G. B. = 16.800. Polynucléaires = 81 %. Eosinophiles = 2 %. La coagulation est rapide. T. C. et T. S. normaux. Viscosité = 4,8.

Le point cryoscopique du sérum sanguin malgré le bouleversement humoral est 0°,69, celui des urines 1°,83.

On administre encore 4 grammes de sel par voie veineuse et 4 grammes de sel par voie sous-cutanée.

Le lendemain 10 décembre et les jours suivants.

Les troubles psychiques ont disparu, le malade est cliniquement guéri, mais les examens ultérieurs montrent un retour plus lent des constantes humorales à leur taux normal.

La diurèse subit une nouvelle élévation à 3 litres, le 14 décembre. Le chlore atteint progressivement 5 gr. et dans le sang 3 gr. 50, l'urée sanguine est redescendue à 0,41.

La rechloruration est pourtant continuée jusqu'au 15.

Le malade quitte le service le 21 décembre, 16 jours après son entrée et paraît guéri.

Nous restions dans l'hésitation.

Mais, M. Wen... nous est ramené dans la nuit du 26 au 27 décembre, pour une très abondante hématémèse survenue dans la soirée, sans prodromes douloureux. L'état d'anémie aiguë nécessite une transfusion de 300 cc. de sang qui est bien supportée. Les jours suivants, une amélioration sensible apparaissait, quand, aussi brutale que la première, survint une deuxième hématémèse à laquelle le malade succomba en quelques minutes dans la nuit du 30 au 31 décembre.

L'accident hémorragique succédant aux vomissements nous faisait envisager une lésion ulcéreuse ou néoplasique juxta-pylorique, encore que la radioscopie de l'estomac ne nous eût montré aucun signe de sténose pylorique ; nous pensions en trouver la preuve anatomique.

A l'autopsie :

L'*estomac* est rempli de sang, ses parois sont normales, il n'y a pas d'ulcérations, pas de varices.

Le *duodénum* paraît intact. Mais à l'ouverture, la muqueuse est affaissée, cartonnée ; dans un tissu scléreux très dense, on voit une grosse veine thrombosée au pylore.

La *tête du pancréas* est volumineuse, adhérente et indurée. Il n'y a pas d'infiltration sanguine dans les épiploons.

La *rate* est de volume normal, très altérée par la putréfaction.

Le *foie* est jaune chamois, pesant 1450 grammes et parait normal à la coupe, sans lésions scléreuses.

Les *reins* et les *surrénales* sont d'apparence normale.

Le *cœur* et les *poumons* sont normaux.

Le *corps thyroïde* qui paraît *très hypertrophié* et donne l'impression d'un goître colloïde.

Miscroscopiquement :

Dans le duodénum, la *muqueuse* a disparu sur une certaine étendue.

Un *tissu scléreux ancien*, englobe les vaisseaux thrombosés et les ganglions nerveux pariétaux très altérés, morcelés et découpés.

On note des foyers inflammatoires nouveaux.

Et une *adhérence pancréatique* très étendue, une partie des lobules du pancréas étant perdue dans la masse.

La veine splénique est intacte. Mais la rate présente des veines thrombosées.

Le *corps thyroïde* est transformé en un goître colloïde.

Les *surrénales* ont une volumineuse couche cortélale bourée de lipides à éclater. Nous reviendrons sur ce détail.

⁂

Les perturbations humorales observées chez notre malade réalisent donc assez typiquement celles qui sont bien connues maintenant au cours des hypochlorémies par déchloruration à la suite de vomissements.

TABLEAU I

Dates	Chlorémie Glob.	Chlorémie Plasmat.	Urée sanguine	Urée urinaire par litre	Urée urinaire par 24h.
6.12	0,85	1,91	1,35	31	45
12.12	1,43	2,84	1,60	10,08	18
16.12	7,98	3,96	0,29	10,84	21,68
20.12	2,30	3,62	0,29	26,80	21,30

TABLEAU II

Dates	Chlorémie Glob.	Chlorémie Plasmat.	NaCL urinaire par litre	NaCL urinaire par 24 h.	Vol. urines par 24 h.
6.12	0,85	1,91	0,23	0,42	150 cc.
10.12	1,13	2,52	0,17	0,25	1.800 cc.
12.12	1,43	2,84	0,46	0,82	1.800 cc.
14.12	1,63	3,55	0,93	2,79	3.000 cc.
16.12	1,95	3,62	1,98	3,96	2.000 cc.
20.12	2,30	3,62	5,14	4,55	900 cc.

Comme le montre le tableau ci-dessus, nous y trouvons une hypochlorémie de 2 gr. 75, portant tant sur le chlore globulaire qui est de 0 gr. 85 que sur le chlore plasmatique qui est de 1 gr. 91, le rapport étant ainsi sensiblement normal à 0,44.

A cette hypochlorémie s'ajoutent :

une azotémie de 1 gr. 35
une cholestérolémie de 2,65
une glycémie de 2,32

une augmentation de la réserve alcaline à 95 volumes, à 105 avec hypo-calcémie de 89, sans tétanie.

Une légère augmentation des hématies et de l'albumine qui marque l'épaississement du sang, et sa déshydratation. Et un point cryoscopique un peu abaissé 0°,69.

L'hypochlorémie dépendait des vomissements. Le bouleversement humoral de l'hypochlorémie, les vomissements d'une lésion pylorique qui se termine par hématémèse et par la mort. Des lésions nerveuses du vague ont accru ces vomissements. sements.

Un goître colloïde a facilité sans doute le trouble chlorémique. Et une hyperplasie de la surrénale qu'est, sans doute, réactionnelle.

⁂

Il est un assez grand nombre d'observations semblables. Celle de Kaunders et Porges (1923) est une

des premières. Elle concerne un malade décédé dans le coma après 14 jours de vomissements. Ses urines étaient privées de chlore et son sang ne contenait que 2 gr. 04 de chlorures avec une réserve alcaline très élevée.

Une autre de Porges (1922) concerne un malade de 63 ans, porteur d'une sténose ulcéreuse du pylore et qui, pour éviter la stase, faisait des lavages d'estomac et se nourrissait seulement d'eau. Brusquement, ce malade avait perdu connaissance et était entré dans le coma. On avait posé le diagnostic de *coma hypochlorémique,* car le chlore sanguin était de 1 gr. 82 et l'urée sanguine de 1 gr. 50. Après des injections de sel, tout était rentré dans l'ordre.

D'autres observations, comme celles de Merklen, de Goldwiker et Meier relatent encore les mêmes faits au cours de la tétanie gastrique. Rathery et Rudolf ont rapporté l'histoire d'un malade souffrant de vomissements, de subictère et d'asthénie qui suivait depuis longtemps un régime achloruré et chez qui la radiologie montra un gros spasme du pylore. L'urée sanguine atteignait 3 grammes. Un régime lacté apporta une grande amélioration, mais le malade revint à l'hôpital un beau jour pour recrudescence des vomissements et de l'asthénie. La rechloruration, à nouveau, apporta la guérison. On peut se demander dans ce cas s'il existait une véritable lésion gastrique ou si le syndrome pylorique n'était pas déterminé par l'hypochlorémie et l'alcalose.

Rudolf, dans sa thèse, cite 3 cas typiques.

Et voici encore une observation d'un malade de mon collègue Worms, publiée avec Laudat, au Congrès de Marseille :

M. S., âgé de 54 ans, entre le 30 mai à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître le Dr Boidin, en se plaignant de fatigue et de troubles digestifs.

Depuis 3 ans environ, le malade est atteint de *vomissements* qui surviennent avec un horaire variable. Dans les derniers mois, ils sont devenus plus fréquents et, récemment, même, quotidiens, s'accompagnant d'une anorexie croissante.

A l'examen, on se trouve en présence d'un malade **très** *amaigri,* et surtout *déshydraté.*

L'exploration de l'abdomen révèle l'existence, à l'épigastre, d'ondes péristaltiques profondes. Pas de tumeur perceptible. Foie non augmenté de volume.

Force musculaire et réflexes normaux. Aucun trouble psychique.

Cœur normal. *Tension artérielle :* 9-6.

Le malade vomit un peu dans le cours de la journée.

Le 31 mai, crise de convulsions généralisées, mais discrètes, sans cri initial, sans morsure de la langue, de très courte durée, au cours de laquelle il perd ses urines.

A la suite de cette accès, *torpeur* et céphalée.

Le 1er juin, après une nuit calme, le malade est toujours dans le même état de prostration.

Il n'a aucune paralysie. Le tonus est normal aux membres inférieurs, nettement augmenté aux membres supérieurs.

Pas de signe de Chvostek ; pas de signe de Trousseau.

La sensibilité paraît conservée.

Incontinence sphinctérienne complète.

Azotémie : 1 gr. 25. *Ponction lombaire : albumine :* 0 gr. 40. Cytologie : 4 leucotytes à la cellule de Nageotte. Examen du culot : quelques lymphocytes et quelques hématies.

Pendant les jours qui suivent, la torpeur persiste. Mais le malade se montre désorienté dans le temps et l'espace.

A l'examen, *le 5 juin,* l'hypertonie des membres supérieurs a disparu, la nuque est redevenue souple. Il n'existe pas de paralysie.

Pouls régulier, *à* 68. *TA :* 9-6. La température, normale au début, s'est élevée à 38°. Respiration irrégulière, prenant par moments le rythme de Cheyne-Stokes.

Depuis le jour de son entrée à l'hôpital, le malade n'a plus vomi.

Bien plus, il boit facilement de grandes quantités de liquide (2 à 3 litres par jour).

A dater du 4 juin, il est soumis à la *rechloruration par voie intraveineuse.* 34 gr. par la veine et 110 gr. par la bouche.

Le 6 juin, l'état est amélioré. Le malade répond mieux aux questions.

La respiration est régulière. L'incontinence vésicale a disparu.

Le 7 juin, l'amélioration s'accentue. Le malade, très présent, s'assied dans son lit et même a pu se lever.

Les réflexes rotuliens sont l'un et l'autre normaux, les achilléens demeurent abolis.

Rythme respiratoire normal.

Mais, *brusquement, dans la nuit du 8 au 9 juin, apparaît une hématémèse* de sang noir, d'une extrême abondance.

Au matin, le malade, d'une pâleur cireuse, est dans un état voisin du coma mais il ne présente aucun signe de localisation cérébrale.

A signaler quelques tressaillements musculaires, surtout dans les muscles cruraux.

La mort survient dans l'après-midi.

A *l'autopsie : volumineux cancer de l'antre* pylorique sans sténose complète du canal. Aucune métastase viscérale.

Encéphale : pas de lésions macroscopiques.

Reins : normaux, se laissant facilement décortiquer. A l'examen histologique, *la structure est, de tous points, normale.*

Nous avons groupé, dans le tableau suivant, les résultats des examens humoraux qui complètent cette observation.

SANG.

	4 Juin 1932	5 Juin	6 Juin	7 Juin	8 Juin
Réserve alcaline.	148 v.	136 v. 4	111 v.	104 v.	77 v. 6
Urée.....	2 gr. 04	1 gr. 89	1 gr. 02	0 gr. 59	0 gr. 40
Acide urique..	0 gr. 102		0 gr. 069	0 gr. 047	0 gr. 038
Chlore : plasmat.	1 gr. 95	2 gr. 72	2 gr. 75	3 gr. 30	3 gr. 61
globul...	1 gr. 17	1 gr. 70	1 gr. 57	1 gr. 88	1 gr. 88
Rapport $\frac{cl\ gl}{cl\ pl}$:	0,60	0,62	0,57	0,57	0,52

URINES.

Densité	1014	1017	1016
Ph.	8,4	9,2	8
Bicarbonates	4,34	12,30	6,40
Chlorures	1,75	5,85	5'38
Urée	18,78	10,84	13,80
Phosphates	0,19	0,19	0,44
Ammoniaque	0,33	0,17	
Coefficient de Maillard	2,9	2,6	
Albumine	0,10		
Cylindres	0.		

Dans toutes ces observations, on reconnaît : les vomissements abondants, la sécheresse de la bouche, la céphalée, les réflexes exagérés, la tendance syncopale ou les convulsions, la somnolence ou le coma, comme si l'hyperchlorémie réalisait une intoxication nerveuse et cérébrale.

L'évolution des phénomènes se fait d'ailleurs, d'après Mach, en trois périodes : la première, caractérisée par la soif, la prostration et la céphalée ; la deuxième, par la langue rôtie, la peau sèche, l'hypotension artérielle et l'hypotonie oculaire ; la troisième, par la somnolence, la diarrhée, une excitabilité nerveuse accentuée et quelquefois même des crises de tétanie.

DIAGNOSTIC.

Bien instructives sont les erreurs de diagnostic que l'on peut commettre chez ces malades. Dans l'observation ci-dessus, nous avons successivement pensé au tabès (mais les réflexes n'étaient pas abolis, ils étaient plutôt accentués) ; ensuite à l'urémie (mais l'urée urinaire était accrue comme l'urée sanguine) ; à des troubles endocriniens de l'hypophyse ou de la surrénale (mais aucun signe ne venait confirmer cette hypothèse) ; à une sténose pylorique enfin, mais la radiographie était négative.

Nous connaissions pourtant les observations de Kaunders et de Porges, de Meier, de Mach, etc... qui sont des relations de sténose ulcéreuse pylorique, d'ulcus, de sténose indéterminée, de cancer, toutes ces observations comportant des vomissements chlorurés ou chlorhydriques. Mais le résultat négatif de l'écran, nous éloigna du véritable diagnostic.

L'alcalose constatée après ces vomissements abondants n'est certes pas ici leur cause, mais leur conséquence. Pourtant, il semble que l'alcalose puisse elle-même entretenir ou exagérer ces vomissements par la révolte gastrique qu'elle provoque à son tour.

PATHOGÉNIE DES LÉSIONS DU SANG.

Déjà Mac Callum, Haden et Oir, en 1923 et 1927, avaient montré l'apparition de l'hypochlorémie et de l'hyperazotémie après des vomissements abondants, au cours de sténoses pyloriques.

Plus tard, les expériences de Léon Binet, sur le chien, prouvèrent que les vomissements provoqués par une injection d'apomorphine, produisaient la même hypochlorémie que les vomissements de l'occlusion intestinale. Chez le lapin, Grundenwald avait vu un état comateux provoqué par la déchloruration. L'expérimentation apporta donc des preuves précises, certaines, confirmant en tous points les constatations cliniques : ce sont bien les *vomissements qui provoquent l'hypochlorémie.*

Mais, « ne fait pas des vomissements abondants, qui veut ». La sténose à elle seule, surtout incomplète, ne les réalise pas si aisément qu'on peut croire. Il faut penser à l'excitation spéciale du pneumogastrique, de ses terminaisons motrices et sécrétoires, ainsi qu'à celle des ganglions nerveux. Chez notre malade, l'examen microscopique nous a montré la destruction totale des cellules nerveuses, de certains ganglions, la pénétration dans les nerfs d'un processus inflammatoire intense. Sans nul doute ces *ganglionévrites* ont pu provoquer les vomissements ou les exagérer.

Mais, si l'atteinte nerveuse doit être incriminée dans la production des vomissements, elle n'explique pas les réactions sanguines. C'est l'hypochlorémie qui les détermine : en effet, un adulte peut vomir de 500 à 600 grammes par jour. Or, nous savons que les vomissements contiennent 2 à 3 grammes de sel par litre : donc notre malade depuis presque 7 mois, avait perdu environ 60 grammes de sel. Ce sel n'a jamais été remplacé dans son économie ; le taux du chlore interstitiel devait s'abaisser à 3 % et celui du sang à 2 grammes.

On sait que l'hypochlorémie entraîne l'*anhydrémie.* Ambard et Glass, faisant vomir des chiens avec l'apomorphine, ont vu apparaître l'anhydrémie, malgré la boisson qui leur était donnée, parce que la diminution du chlorure de sodium provoque la sortie de l'eau du sang. Le sang s'épaissit donc, le nombre des globules rouges semble s'accroître ainsi que l'albumine. Le nombre des éléments figurés est plus grand par mm3 de sang et l'albumine totale peut atteindre 90 grammes.

Pourtant l'hypochlorémie n'entraîne pas de diminution de la pression osmotique, au contraire et celle-ci se maintient à 0°,69. Par contre, la réserve alcaline augmente, parce que le sodium abandonné par le chlore, se combine au CO^2 et fait des bicarbonates. L'élévation de la *réserve alcaline* est peut-être pour quelque chose dans le rétablissement de la concentration moléculaire.

Plus difficile est l'explication de l'*azotémie.* Blum avait dit, au sujet de la néphrite « l'urée apparaît dans le sang, pour compenser le départ du sel » ; mais c'est une hypothèse discutable, car le taux de l'urée du sang est bien minime pour compenser la grosse perte de sel et les tissus n'en possèdent point de réserve. On ne peut pas admettre l'existence d'une « *azotémie de compensation* ». Il est plus facile de comprendre que le taux de l'urée augmente lorsque le volume du sang circulant diminue : la réduction de l'eau accroît l'urée, c'est ce que nous appellerons « l'*azotémie de concentration* ». On peut supposer aussi qu'il y a surproduction d'urée par les tissus, car dans certaines expériences, le taux de l'urée sanguine correspond à la désintégration d'un 1/2 kilo de muscle. Peut-être même, le foie participe-t-il à l'accroissement: c'est l'*azotémie de*

production. Enfin le facteur rénal doit être aussi envisagé : le blocage de l'émonctoire rénal est possible, dans ces hypochlorémies, c'est l'*azotémie de rétention*. L'insuffisance du sel modifie l'osmose rénale, ainsi que Castaigne, Rathery, Chabanier, Achard et moi-même l'ont depuis longtemps démontré.

Nous avons dit « ne fait pas des vomissements abondants, qui veut ». Nous pouvons ajouter avec Rathery « ne fait pas de l'hypochlorémie qui veut ». Il faut, pour déclencher ce syndrome, tout au moins le maintenir, l'accentuer, des causes prédisposantes. L'une d'elles réside ici dans les altérations de la thyroïde. Chez notre malade, le *corps thyroïde* est gros, le métabolisme basal est abaissé de 5 %, l'autopsie monte l'atteinte de la thyroïde : la glande, distendue par la colloïde, est un vrai goître kystique. Les recherches de Decourt nous ont montré l'hypochlorémie du myxoedème. Le mauvais fonctionnement du corps thyroïde peut donc gêner le métabolisme du sel.

Par contre, le trouble chloré provoque des réactions de défense et retentit sur la *surrénale*. Celle-ci est hyperplasiée nettement, mais de façon physiologique et dans sa corticale. On sait le rôle important qu'elle joue dans les réparations chlorées. On connaît les bienfaits de la rechloruration chez les addisoniens (Achard, Renoir) et chez les animaux surrénalectomisés (Rogoff, Steward). La surrénale a un rôle de défense contre l'hypochlorémie, un rôle régulateur du chlore et du sodium. Sa richesse en lipides, son volume témoignent d'une activité où la cortine joue son rôle. L'hormone surrénale a sans doute réagi contre l'hypochlorémie et peut-être même accru le cholestérol du sang comme elle agit sur le chlore et sur le soufre en augmentant le glutathion.

L'hyperplasie surrénale apparaît ici non une lésion mais une *réaction utile* de défense et de compensation.

TRAITEMENT.

En présence d'un malade atteint de vomissements et d'hypochlorémie, il n'est qu'un traitement: la rechloruration, par injections sous-cutanées quotidiennes de sérum physiologique à 8 ou 9 %°. Nous avons administré, à notre malade, 40 grammes de sel en tout, réparti en 7 piqûres ; les 3 premières de 8 grammes et les 4 dernières de 4 grammes de sel.

Worms a injecté à son malade, successivement, 34 gr. et lui a administré, per os, 110 gr.

Les injections intraveineuses se feront avec 20 cc. de sérum à 10 % et non à 30 ou 40 % ; elles seront lentes et renouvelées 3 ou 4 fois par jour. Chabanier a indiqué une dose de 30 grammes par jour, mais nous croyons que cette dose est trop forte ou inutile.

Les injections sous-cutanées se feront avec le sérum physiologique salé à 8 ou 9 %° qui se résorbe rapidement.

La voie buccale n'est pas recommandée, puisque le malade vomit.

La voie rectale ne peut être utilisée qu'en goutte à goutte et toujours avec le sérum isotonique, le sérum hypertonique pouvant être purgatif.

Chez notre malade, l'injection de 40 grammes de sel correspondait à peu près à ce qu'il avait perdu au cours des sept mois de sa maladie. Elle a suffi à rétablir l'équilibre humoral. Le terme d' « humeurs folles », que certains appliquaient au désarroi humoral de ce malade n'était peut-être pas très bien choisi. Car ce n'est nullement la folie qui réglait cet équilibre ou tentait de le réparer, mais bien plutôt une méthode subtile, presque intelligente, admirablement réglée, en tous cas efficace.

MÉDECINE PRATIQUE

QUELQUES TRAVAUX RÉCENTS SUR L'ÉPILEPSIE

par M. L. BABONNEIX

L'épilepsie reste à l'ordre du jour. Dans la *Presse médicale*, M. Ph. Pagniez a consacré un très intéressant article à la question de l'épilepsie provoquée par les injections de cardiazol. Nous avons nous-même (1) attiré l'attention sur la fréquence des lésions craniennes, visibles à la radiographie, dans l'épilepsie dite essentielle. Nous voudrions, aujourd'hui, analyser quelques travaux récents, parus aux Etats-Unis et rassemblée dans les *Publications from the Institute of Neurology Northwestern University Medical School*, vol. IX, 1937.

***

On sait que certains épileptiques, mordus par une vipère, ont vu leurs crises s'espacer et s'atténuer. Aussi Spangler a-t-il eu l'idée de *traiter systématiquement ces malades par l'injection de venin de serpent* (Moccasin). Quels ont été les résultats de cette méthode ? C'est ce qu'expose I. Finkelmann, de Chicago, dans le *Journal of Laboratory and clinical medicine*, Saint-Louis, vol. 22, n° 6, p. 572, mars 1937.

Pour Spangler, il y a non seulement diminution de la violence et du nombre des crises, sous l'influence du traitement, mais encore surviennent des modifications favorables portant sur l'excitabilité du système nerveux, la santé générale, les facultés intellectuelles et le métabolisme, tous ces effets étant dus à l'action de la crotaline sur la coagulabilité du sang, qui est augmentée dans l'épilepsie, et qu'elle abaisse. Ces idées sont contestées par Tom, pour qui la coagulation du sang est normale chez les comitiaux, et qui, sur 14 cas, en a observé 6 où, sur l'influence du traitement, les crises s'étaient aggravées. Tandis qu'Anderson rapporte un cas de mort et s'élève fortement contre cette thérapeutique, la crotaline étant souvent contaminée par des bactéries, Fackenheim se loue des résultats qu'elle lui a valus. En 1927, Spangler affirme que la crotaline n'est indiquée que dans les cas où existe un facteur allergique. Il injecte de petites doses pour diminuer l'allergie, et ne l'emploie que lorsque l'injection est suivie d'éosinophilie. Fitzsimmons a obtenu, lui aussi, de bons effets d'un venin de serpent préparé sous le nom de venone.

---

(1) *Bulletin Académie de Médecine*, séance du 14 juin 1938.

Pour se faire une idée du sujet, l'auteur a choisi 6 épileptiques à crises fréquentes, suivis à l'hôpital d'Etat d'Elgin. Il a, lui aussi, pris comme test l'éosinophilie sanguine, répétant l'injection dès que celle-ci commençait à diminuer. Le traitement a été poursuivi neuf semaines. Habituellement sont survenues des réactions locales : érythème, tuméfaction, et une réaction générale, caractérisée par de l'éosinophilie. Durant l'administration de venone, la fréquence et la gravité des crises ont été nettement augmentées, de même que l'irritabilité du patient, si bien qu'on a été obligé de lui donner du luminal. Cette méthode ne crée donc nullement, chez les épileptiques, un état réfractaire aux crises, mais, au contraire, paraît les sensibiliser. Vraie pour les malades d'hôpital, chez lesquels l'épilepsie est généralement liée à des lésions organiques du cerveau, dont, surtout, l'hydrocéphalie, cette conclusion est sans doute applicable aussi à ceux qui vivent en dehors des hospices, chez eux. Si elles s'opposent à celles de Spangler, elles s'accordent avec celles auxquelles était arrivé Tom.

Quelle est *la part des facteurs héréditaires dans le déterminisme de l'épilepsie ?*

M.H. A. Paskind et Meyer Brown, de Chicago, qui étudient la question dans le *Journal of the Medical Association* (8 mai 1937, vol. 108, p. 1599-1601), insistent sur la différence fondamentale qui sépare les épileptiques « détériorés » qui passent leurs jours dans les hôpitaux, asiles, hospices (*E. institutionnels*), et les épileptiques « non détériorés » qui vivent la vie de tout le monde (*E. extra-muraux*). Les premiers souffrent toujours de troubles graves portant sur l'intelligence et sur le caractère : jusqu'à présent, ce sont surtout eux qui ont retenu l'attention des spécialistes. Les seconds constituent un groupe beaucoup plus nombreux, qui se sont créé une situation, vivent de leurs propres moyens et échappent ainsi à l'examen. Ce sont ces derniers dont s'occupent les auteurs, qui en ont suivi 331 adultes. Sur ces 331, 139, soit 42 p. 100, n'avaient pas d'antécédents héréditaires importants. Chez les autres, soit 58 p. 100 des cas, existait une tare névropathique héréditaire.

Snelle a fait des recherches analogues sur les épileptiques « institutionnels ». Sur ces 345 cas, l'hérédité névropathique atteignait 81,26, soit 23,2 p. 100 de plus que dans la statistique des auteurs. On arrive donc à cette première conclusion que cette cause intervient beaucoup plus fréquemment chez les épileptiques « institutionnels » que chez les épileptiques « extra-muraux ».

Seconde remarque. Chez les épileptiques « institutionnels », l'hérédité directe intervient dans 59 p. 100, l'hérédité indirecte, dans 16,77 p. 100 des cas (Snell), tandis que, chez les malades de MM. Paskind et Meyer Brown, la première est incriminée dans 41 p. 100, la seconde dans 10,4 p. 100 des cas. Son rôle est donc plus grand chez les premiers que chez les seconds.

Troisième observation. La comparaison des chiffres obtenus par Snell d'un côté, par Paskind et Meyer Brown de l'autre, montre que les parents des épileptiques « institutionnels » les plus atteints possèdent une tare névropathique plus lourde que ceux des épileptiques « extra-muraux ».

Mêmes réflexions en ce qui concerne la famille entière, beaucoup plus « chargée » chez les « institutionnels » que chez les « extra-muraux ».

Ajoutons que, dans la statistique des auteurs, l'épilepsie intervient dans 8,4 p. 100, l'« insanité » dans 3,5, et l'alcoolisme dans 4,3 p. 100 des cas, chiffres très différents de ceux fournis par les classiques.

En résumé, les facteurs héréditaires jouent un rôle beaucoup moins important chez les « extra muraux » que chez les « institutionnels ».

L'état physico-chimique des épileptiques a déjà fait couler beaucoup d'encre, MM. Meyer Brown et Harry A. Paskind lui consacrent un mémoire dans l'*American Journal of Psychiatry* (vol. 93, n° 5, mars 1937). Ils passent en revue toutes les recherches faites depuis que Brown (1915) s'est intéressé à la viscosité du sang dans l'épilepsie. Ils arrivent à cete conclusion, quelque peu décevante, que ces études n'ont, jusqu'à présent, jeté qu'une faible lumière sur l'étiologie, la pathogénie et la physiologie pathologique de cette affection, soit qu'on ait recouru à des méthodes critiquables, soit que le contrôle ait été insuffisant, soit que l'observation ait été défectueuse, soit enfin, qu'elle n'ait porté que sur un trop petit nombre de malades.

La *quantité de phospore contenue dans le sérum sanguin, au cours des accès épileptiques*, a été étudiée par MM. Arthur Weil et Eric Lebert (de Chicago) (1). Chez l'homme, elle était augmentée de 34 % environ. Chez le lapin rendu épileptique par des injections d'une émulsion de thuyone, l'acide phosphorique inorganique acido-soluble et le non acido-soluble étaient augmentés respectivement de 98 et de 31 %. Mais si l'on vient à immobiliser la musculature au moyen du curare, ces injections restent sans effet sur le phosphore du sérum. Il semble donc que, chez l'homme, ce soient les contractions tonicocloniques des muscles durant la crise d'épilepsie qui sont la cause de l'augmentation du phosphore sérique.

S'occupant des *troubles sensoriels dans l'épilepsie*, M. Edwin J. Blonder, de Chicago, montre, dans les *Archives of otolaryngology*, janvier 1937, vol. 25, p. 63-65, que l'examen oto-neurologique des patients révèle un défaut d'acuité dans 37 % des cas, des troubles périphériques de l'audition dans 10 % des cas, des réactions labyrinthiques accrues dans 6 % des cas et, dans 1 cas, une anomalie possible des voies vestibulaires centrales.

M. L. Mayer, de Chicago, dans les *Archives of ophtalmology* (mars 1937, vol. 17, p. 486-492), examine l'état des yeux dans l'épilepsie. Sur ses 96 malades, 44 avaient une vision normale, 41 souffraient d'un trouble de la vision : hypermétropie, 120 cas ; myopie, 12 ; astigmatisme, 2 ; amblyopie, 4 ; atrophie optique, 4 ; strabisme, 5 ; stase papillaire en rapport avec une tumeur cérébrale, qui fut enlevée, 1 ; nystagmus, 2 ; ulcère antécédent de la cornée, 1 ; lésion ancienne de la rétine, 1. Signalons encore le rétrécissement de la fente pupillaire, les anomalies pupillaires (3 cas), sans, toutefois, le moindre signe d'Argyll-Robertson ; les modifications du champ visuel, avec une fois, l'achromatopsie pour le rouge et pour le gris.

Existe-t-il un *rapport entre le métabolisme de l'eau et les convulsions ?* Pour M. Th T. Stom et H. Chor, de Chicago (*Archives of Neurology and psychiatry*, oct. 1937, vol. 38, pp. 798-817), la question doit être résolue par la négative. L'introduction d'une grande quantité d'eau pendant 48 heures, avec ou sans addition de diurétique, ne détermine aucune augmentation de nombre des crises chez les épileptiques adultes. De même, il n'est pas prouvé que, chez ces malades, les liquides du corps atteignent un chiffre correspondant à une intensité maxima juste avant la crise, baissant au moment où elle a lieu et remontant ensuite. Il reste à démontrer que la déshydratation tend à diminuer la fréquence des crises ou à en prévenir l'apparition.

Applications médicales du nouveau Codex et prescription des substances vénéneuses, par R. Hazard. Paris, Masson et Cie, 1939. (Collection *Médecine et Chirurgie*. Recherches et applications.)

---

(1) *Archives of Neurology and Psychiatry*, mars 1937, vol. 37, pp. 584-588.

PRATIQUE MÉDICALE

UN NOUVEAU SOLUTÉ HÉPATO-GASTRO-PYLORIQUE DANS LE TRAITEMENT DES ANÉMIES

par le docteur A. GERVAIS.

L'hépatothérapie et la gastrothérapie sont les deux piliers de la thérapeutique antipernicieuse.

Au début, ces méthodes ont utilisé des organes crus; mais bientôt ils ont été remplacés, d'abord par des organes desséchés et ensuite par des extraits liquides buvables et injectables dont la valeur thérapeutique variait avec leur technique de préparation et leur degré de concentration.

Toutes les recherches scientifiques entreprises pour déterminer le principe actif de ces diverses préparations ont été vaines et il n'a pas été possible de l'isoler. Pour certains auteurs c'est une hormone, pour d'autres c'est une enzime, mais dans l'un et l'autre cas la preuve n'a pu être apportée. L'analyse chimique a permis de déceler et même de doser dans quelques-uns de ces extraits, des acides aminés : tryptophane, histidine et des sels assimilables de fer et de cuivre, en proportions notables.

Dans ces conditions, seule l'expérimentation clinique rigoureusement poursuivie permet de déterminer la valeur thérapeutique de ces préparations qu'elles soient administrées par la voie buccale ou par la voie parentérale. C'est le laboratoire qui permet au clinicien de contrôler et d'apprécier l'activité thérapeutique de ces substances. C'est le laboratoire, en effet, qui nous fait commenter :

l'augmentation du nombre de globules rouges dans le sang ;

l'augmentation du poids ou du taux de l'hémoglobine ;

l'importance de la crise réticulocytaire ;

le retour à la normale des cellules hémopoïétiques.

M. Mouras (1) a fait l'étude physiologique et clinique d'un extrait liquide buvable hydro-alcoolo-glycériné hépato-gastro-polyrique présenté en tubes scellés de 2 cc. et de 5 cc.

J.-P. Glaunès (2) a étudié physiologiquement cette même combinaison organothérapique mais préparée spécialement pour être administrée par la voie parentérale ; c'est un soluté physiologique hépato-gastro-pylorique présenté en ampoules stérilisées de 2 cc. et de 5 cc.

Les expérimentations cliniques de cette nouvelle préparation injectable ont été faites et recueillies par M. Lombard (3).

Les observations cliniques de Mouras et de Lombard (1) (3) ont été prises dans les services hospitaliers de professeurs, assistants, chefs de clinique des Facultés de Médecine de Paris, Nancy, Montpellier, Lille, Bordeaux, Toulouse, au Centre Antipaludique de Rabat (Maroc) et en clientèle.

La paternité de l'hépatothérapie appartient à Whipple ; celle de la gastrothérapie, à Castle ; mais c'est Minot et Murphy qui expérimentèrent cliniquement les premiers, la méthode de Wipple au foie de bovins tant per os que par la voie parentérale. Beaucoup plus tard, la méthode de Castle entre dans le domaine clinique avec Meyer, Richter et Légère, Aubertin, Weil.

Dans le bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, (4) Aubertin rapporte le cas d'un malade anémique traité par un extrait gastro-pylorique injectable préparé spécialement par J. Gautier.

L'Europe Médicale (5) publie une longue étude d'Aubertin sur les extraits injectables : hépatique, gastro-pylorique et hépato-gastro-pylorique ; (il signale que ces deux dernières préparations ont été également préparées par J. Gautier).

En conclusion, le soluté hépato-gastro-pylorique est en quelque sorte la synthèse de tous les travaux de Whipple, de Castle, de leurs collaborateurs, de leurs élèves et de nombreux hématologues. Il est préparé avec du foie frais de jeunes bovins et de la muqueuse fraîche gastro-pylorique de porcs selon une nouvelle technique scientifique qui a pour but :

1°) d'extraire du foie frais de jeunes bovins, le principe antianémique qui y est stocké, le tryptophane, l'histidine, les acides aminés et les sels métalliques (fer et cuivre) qui y sont contenus ;

2°) de développer avec le facteur endogène de la muqueuse fraîche gastro-pylorique de porcs et le facteur exogène convenablement choisi, ce même principe antianémique ;

3°) de conjuguer en un seul traitement les opérations d'extraction et de purification des principes actifs.

En résumé, de leurs expérimentations cliniques, Mouras et Lombard ont tiré les conclusions suivantes :

I. — Au sujet de l'hémopylore buvable :

1°) une action constante, rapide, supérieure à celle des autres préparations couramment employées et, au moins égale à celle de fortes doses de foie cru ;

2°) une action déterminante sur l'augmentation du taux de l'hémoglobine et du poids du malade qui est parallèle à celle des globules rouges ;

3°) une saveur agréable qui en facilite l'administration et le fait désirer des malades.

II. — Au sujet de l'hémopylore injectable :

1°) l'augmentation hebdomadaire moyenne du nombre des hématies a toujours été comprise entre 224.000 et 1.000.000 ;

2°) son action sur la moëlle osseuse est nette : la preuve en est dans la réaction érythroblastique, la poussée réticulocytaire et l'apparition d'hématies nouvelles dans le sang circulant ;

3°) les injections intramusculaires ne provoquent aucune réaction locale ou générale : pas de douleurs, pas de choc, pas d'élévation de température ; innocuité absolue ; action intense, précoce et prolongée ;

4°) dans la pratique, utiliser au début du traitement de fortes doses, variables suivant le degré de l'anémie ; les réduire sans cesser la médication, dès que la réaction hématopoïétique se manifeste.

Enfin, il y a lieu de tenir compte que dans les anémies secondaires et les anémies hypochromes, il faut associer, à l'Hémopylore, une médication martiale (Globiron, granulé sucré).

---

(1) B. MOURAS. *Thèse Paris,* mars 1937.
(2) J.-P. GLAUNES, 1938.
(3) LOMBARD. *Thèse Nancy,* juillet 1938.
(5) Ch. AUBERTIN. *L'Europe Médicale,* 25 février 1939, *Médicale des Hôpitaux de Paris,* p. 1617.
(5) Ch. ABERTIN. *L'Europe Médicale,* 25 février 1939, p. 11.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA RETRAITE

On en parle beaucoup ; mais avant d'en parler, il conviendrait de préciser ce dont il peut et doit être question.

Les médecins ne sont pas de ceux qui ne voient, dans leur profession que les avantages matériels qu'ils peuvent en tirer et ne demandent qu'à la quitter le plus tôt possible pour en jouir en paix. Ils sont, eux, attachés à leur profession, ils le sont à leurs malades, ils le sont aussi à la science médicale. Aussi ne songent-ils guère à se retirer ; bien au contraire, ils désirent poursuivre leur exercice le plus longtemps possible.

Mais, pour imprévoyants qu'ils soient aux dires de certains, ils n'en pensent pas moins à leurs vieux jours; ils savent fort bien qu'au déclin de la vie les malades se raréfieront, aussi désirent-ils combler ce déficit, mais cela par une prévoyance bien comprise.

Les uns se constituent un capital par le moyen d'une assurance, les autres une rente viagère qui l'une ou l'autre leur permettra de poursuivre jusqu'au bout leur carrière.

Il apparaît donc que la question a été mal posée, car toute solution comportant la cessation de cet exercice va à l'encontre de leurs aspirations normales.

Aussi ne conçoit-on pas qu'il ait pu être sérieusement question d'une retraite et encore bien moins d'une retraite obligatoire. Il parait bien certain que si, par malheur, elle était instituée, la plupart des médecins préféreraient en abandonner les avantages plutôt que de quitter prématurément la profession qu'ils ont choisie et aimée.

Cet abandon n'en serait pas moins cruel, car les versements demandés se capitaliseraient à 65 ans, à 227.000 francs !

C'est ce qu'a parfaitement compris l'Association générale des médecins de France : elle a institué un service qui, tout en leur laissant la liberté de continuer à exercer, facilite aux médecins la constitution d'une rente viagère, service doublé d'une caisse de secours assurant les versements de ceux qui ne pourraient momentanément les effectuer.

Toute autre combinaison, outre qu'elle serait une erreur économique dans un pays à natalité déficiente, irait à l'encontre des besoins et des désirs du corps médical.

Lorsqu'on a une organisation comme celle de l'Association des médecins de France, tous les groupements médicaux devraient s'employer à l'étayer et à lui faire de la propagande ; pourquoi chercher au contraire à la concurrencer ? Ce sont les besoins et les désirs des médecins qui devraient guider ceux qui s'occupent de ces questions, et non pas des conceptions démagogiques qui apparaissent comme des moyens de coercition et de domination et revêtent ainsi un aspect totalitaire.

A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESE DE MEDECINE

Mardi 23 mai. — Jury : MM. Cunéo, Gougerot, Lenormant, Gastinel. — M. RICHARD DE LA TOUR. Etude du rôle des hormones et des vitamines dans les processus néoplasiques. — M. JÉZÈQUEL. Contribution à l'étude du traitement de l'acné. — M. BAILLY. Les kystes rétro-péritonaux. — Mme HERTZOG-CACHIN. Le postural drainage dans le traitement de suppurations pulmonaires.

Mercredi 24 mai. — Jury : MM. Chiray, Robert Debré, Lévy-Solal, Troisier. — M. DOOR. Anorexie des enfants par faute d'hygiène psychique et alimentaire. — M. CANAT. Diathermo-coagulation et grossesse. — M. REY. Anesthésie épidurale en obstétrique. — M. CANETTI. Les réinfections tuberculeuses latentes du poumon.

Jeudi 25 mai. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Leroux, Strohl, Huguenin. — M. DELPIERRE. Etude psycho-pathologique sur Guy de Maupassant. — M. EGINER. Philippe Ricord (10 décembre 1800, 22 octobre 1889). Sa vie. Son œuvre. — M. GUILLER. Indications de l'héliothérapie dans les affections du rachis.

NOTES POUR L'INTERNAT

L'ARTÈRE HÉPATIQUE

Branche du tronc coeliaque, l'artère hépatique se dirige horizontalement de gauche à droite et d'arrière en avant, puis se redresse verticalement pour monter dans le bord droit du petit épiploon avec la veine porte et les canaux biliaires et former ainsi le pédicule hépatique. Elle se termine au niveau du hile du foie en deux branches inégales, l'une droite, l'autre gauche.

L'EMBRYOLOGIE.

Nous explique la direction et le trajet de cette artère hépatique.

Primitivement, le tube digestif est dans un plan sagittal :

— estomac avec grande courbure postérieure et convexe, petite courbure antérieure et concave.

— puis anse duodénale à convexité antérieure prolongée par anse ombilicale et intestin terminal.

L'estomac est relié à la paroi postérieure par le mésogastre postérieur, à la paroi antérieure par mésogastre antérieur.

Dans un dédoublement du mésogastre antérieur : l'ébauche hépatique.

Dans le mésogastre postérieur :

a) ébauche pancréatique restrostomacale.

b) aorte abdominale verticalement descendante accolée à paroi abdominale postérieure ; de l'aorte nait le tronc coeliaque qui sa diviser en trois branches, contenues dans le mésogastre postérieur, puis antérieur :

— branche supérieure ou petite artère gastro-hépatique à concavité inférieure future coronaire stomachique.

— branche moyenne : future artère splénique.

— branche inférieure ou grande artère gastro-hépa-

tique à concavité antéro-supérieure croisant la face droite du pylore, où elle donne une branche à la petite courbure (future artère pylorique) et se dirige en avant vers l'ébauche hépatique : future artère hépatique.

Au cours de l'évolution, la formation de l'arrière cavité des épiploons et les rotations de l'estomac vont donner à l'artère hépatique primitive sa direction définitive :

recessus hépatoentérique dédoublant la cloison dorso hépatique en meso hépato cave, s'effaçant devant le déplacement à droite du foie, et en meso gastre. Ce recessus pousse le prolongement rétrogastrique dans l'anneau des deux artères gastro-hépatiques d'abord transversalement puis verticalement : sac épiploïque.

rotations de l'estomac autour d'un axe vertical passant par la petite courbure : face gauche devenant antérieure, puis autour d'un axe sagittal passant par la partie moyenne de la petite courbure : pylorese déplace vers la droite. Petit épiploon d'abord sagittal devient frontal, bord libre se redresse verticalement.

Telle est l'évolution embryologique de l'artère hépatique.

ORIGINE ET TRAJET.

Née du tronc coeliaque, elle est voisine du bord supérieur du pancréas et se trouve située un peu à droite de la ligne médiane. Pour Descomps, elle nait assez rarement par simple trifurcation ; le plus souvent (46 %) le tronc coeliaque donne d'abord la coronaire stomachique puis se bifurque en hépatique et splénique.

Son trajet comporte deux segments : le premier se dirige horizontalement en avant et à droite : hépatique commune (3 Cm) le deuxième verticale en haut et à droite : hépatique propre (15 à 25 mm).

Calibre : 5 mm pour hépatique commune.

RAPPORTS.

I° *A son origine.*

l'artère hépatique est rétro péritonéale dans la région coeliaque de Luschka. A ce niveau l'artère hépatique répond :

en arrière plan ostéo-musculaire formé par D.XII, L.I. et L.II. et piliers principaux et accessoires du diaphragme. Elle est séparée de ce plan par le flanc droit de l'aorte.

en haut, orifice aortique du diaphragme dont elle est séparée par les deux artères diaphragmatiques inférieures. C'est à ce niveau que la veine coronaire stomachique quitte l'artère homonyme pour suivre l'hépatique.

en bas, tuber omentale du pancréas : qui est à 1 cm 5 de l'artère.

au même niveau nait la mésentérique supérieure qui disparaît derrière le col pancréatique.

en avant, couvercle formé par le fascia de Treitz et feuillets péritonéaux formant la paroi postérieure de l'arrière cavité.

à gauche, l'artère splénique disparaît derrière le pancréas.

Dans cette région coéliaque, le X droit s'anastomose avec le grand splanchnique droit par l'intermédiaire du ganglion semi-lunaire droit pour former l'anse mémorable de Wrisberg.

à droite dans l'espace intercavo-aortique devant L.I. : citerne de Pecquet et origine du canal thoracique, veine lombaire ascendante droite et chaîne sympathique.

Située très profondément, cette portion initiale de l'artère hépatique répond en avant à la partie moyenne du petit épiploon ou pars flaccida et lorsque le petit épiploon n'est pas trop épaissi par la graisse, on peut l'apercevoir par transparence à travers lui.

II° 1er *segment ou hépatique commune.*

Oblique en avant et à droite, soulevant le péritoine pariétal postérieur, elle détermine la faux de l'hépatique, véritable seuil entre vestibule et arrière cavité des épiploons. Ce pli péritonéal sur le plancher de l'orifice d'entrée de la poche mésogastrique s'oppose à la faux de la coronaire stomachique qui occupe le plafond de cet orifice ; ainsi est formé le foramen bursœ omentalis. Le faux de l'hépatique se perd en avant et à droite sur le bord supérieur de la tête du pancréas et de la première portion du duodénum. L'ensemble de ces formations est encore connu sous le nom de ligament gastro-pancréatique de Huschke L'embryologie nous a expliqué que deux plans péritonéaux différents sont pliés l'un sur l'autre au niveau de cette artère et sont accolés. Le feuillet postérieur s'est d'ailleurs uni au péritoine pariétal postérieur pour former le fascia de Treitz.

Cette partie de l'H.C. est masquée en avant par le petit épiploon et le bord supérieur du pylore avec les vaisseaux pyloriques et les nerfs duodéno pyloriques ; la portion de divergence du pédicule hépatique est à droite.

En arrière, l'H.C. située dans l'espace angulaire à sommet inférieur formé par l'aorte à gauche, la V.C.I. à droite, croise transversalement le pilier droit du diaphragme. Puis elle croise en avant le flanc gauche de la V.C.I. dont elle n'est séparée que par le fascia de Treitz. A ce niveau également, on note la présence de nerfs faisant partie du plexus hépatique postérieur, et de quelques ganglions lymphatiques.

Après avoir pratiqué une brèche dans le petit épiploon, on voit sous le péritoine l'H.C. longer le bord supérieur du pancréas : à son origine, le rapport est immédiat et elle donne à ce niveau la pancréatique moyenne ou pancréatica magna de Haller. Puis, au fur et à mesure qu'elle se rapproche de la V.P., elle s'éloigne de la glande et ainsi est formé le triangle hépato-duodéno pancréatique limité :

en haut : H.C.
à droite : tronc gastro-duodénal.
en bas : bord supérieur du pancréas.

Au fond de ce triangle :

— Superficiellement et à droite : le tronc porte dans lequel vient se jeter la veine coronaire stomachique.

— Sur un plan profond : embouchure de la veine rénale gauche et flanc gauche de la V.C.I.

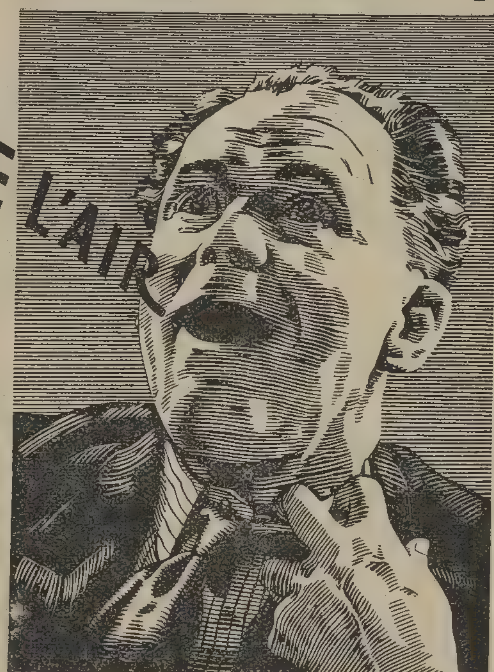
En haut, l'H.C. répond au bord inférieur du lobe de Spiegel qui proémine dans l'arrière cavité. Son bord supérieur est fréquemment longé par la veine coronaire stomachique.

Continuant son trajet à droite et en avant, l'H.C. quitte la V.C.I., atteint le bord gauche de la V.P. et se bifurque à la partie moyenne de sa face antérieure en hépatique propre et gastro-duodénale.

M.-H. SERVELLE,
(*A suivre*). (*de Strasbourg*).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie HENRY MAILLET, 8, rue de Châtillon, Paris.



N° 42. — SAMEDI 27 MAI 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

RÉPARTITION DES SERVICES HOSPITALIERS.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE.
La ponction du péricarde, par M. L. BABONNEIX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
A propos de la retraite Pomaret, par M. MORDAGNE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Société de biologie.

CONGRÈS.

LIVRES NOUVEAUX.

AVIS

La répartition des services hospitaliers, que nous donnons aujourd'hui, sera suivie, comme de coutume, d'un index alphabétique.

Cet index paraîtra dans un prochain numéro. Nous prions nos lecteurs d'excuser ce retard, rendu inévitable par les conditions actuelles de travail dans les imprimeries.

— Les noms laissés en blanc correspondent à des postes non encore officiellement pourvus au moment de notre mise sous presse.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — 2e *Concours de chirurgien des hôpitaux. Nomination à deux places.*

Epreuve clinique supplémentaire en vue de départager MM. Longuet et Petit, classés ex-æquo pour la deuxième place mise au concours.

MM. Longuet, 20 ; Petit, 19. Classement des candidats : MM. Rudler, 90 points ; Longuet, 89 + 20 à l'épreuve supplémentaire ; Petit, 89 + 19 à l'épreuve supplémentaire ; Baumann, 88.

MM. Rudler et Longuet sont nommés chirurgiens des hôpitaux.

Facultés de médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section d'anatomie.* Jury: Président: M. le Professeur P. Duval.

MM. Rouvière, Champy, Lucien, Cordier, Turchini, Romieu.

Leçon de 3/4 d'heure. — Séance du 19 mai. — (*Anatomie.*

M. Delmas (Montpellier) : « Tronc de la veine cave inférieure ».

M. Cordier (Paris) : « Oreillettes du cœur ».

M. Devos (Lille) : « Ventricule moyen ou 3e ventricule du cerveau ».

M. Beau (Nancy) : « La crosse de l'aorte ».

Leçon d'une heure. — Séance du 22 mai.

M. Devos (Lille) : « Artère mésentérique supérieure ».

M. Salmon (Aix) : « Hypophyse » (Histologie exceptée).

M. Beau (Nancy) : « Canal thoracique ».

M. Cordier (Paris) : « Appareil lacrymal » (histologie exceptée).

M. Delmas (Montpellier) : « Voies optiques ».

Section d'histoire naturelle médicale et parasitologie. Jury : Président : M. Brumpt, MM. Debré, Lisbonne, Creys, Viollet, Guiart.

Leçon de 3/4 d'heure. — Séance du 19 mai. — (*Parasitologie*).

M. Callot (Strasbourg) : « Leishmanioses ». (Epidémiologie et prophylaxie).

M. Harant (Montpellier) : « Evolution des filaires parasites de l'homme ».

M. Mandoul (Bordeaux) : « Maladie du sommeil ». (Epidémiologie, prophylaxie).

M. Roman (Lyon) : « Maladie de Chagas ». (Epidémiologie et prophylaxie).

Leçon d'une heure. — Séance du 22 mai.

M. Callot (Strasbourg) : « Réaction de l'organisme humain et animal à l'attaque parasitaire ».

M. Harant (Montpellier) : « Les hôtes intermédiaires naturels et vicariants ». (Leur importance actuelle et future).
M. Mandoul (Bordeaux) : « Animaux vertébrés, réservoirs de parasites à l'homme ».
M. Roman (Lyon) : « Maladies parasitaires communes à l'homme et aux animaux domestiques et sauvages ».

Section de chirurgie générale. — Séance du 19 mai :
M. Jung (Strasbourg) : « Sacro-coxalgie ».
M. Francillon (Lyon) : « Ruptures traumatiques de l'urètre ».
M. Aussiloux (Montpellier) : « Volvulus du colon pelvien ».
M. Lange (Bordeaux) : « Péritonite à pneumocoques ».

Séance du 20 mai :
M. Pouyanne (Bordeaux) : « Des écoulements sanglants par le mamelon ».
M. Verrière (Lyon) : « Tuberculose iléo-caecale ».
M. Gouzy (Toulouse) : « Les synovites chroniques des tendons fléchisseurs des doigts ».
M. Demarez (Lille) : « Cancer du corps thyroïde ».

Séance du 22 mai :
M. Patoir (Lille) : « Epanchements sanguins traumatiques intra-crâniens ».
M. Grimoud (Toulouse) : « Tumeurs mixtes de la parotide ».
M. Escarras (Aix) : « Hémothorax traumatique ».
M. Macquet (Lille) : « Cancer du colon droit ».

Leçon de 3/4 d'heure. — Séance du 22 mai :
M. Virenque (Toulouse) : « Les ostéomes traumatiques du coude ».
M. Colson (Lyon) : « Torticolis ».
M. Laumonier (Bordeaux) : « Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques ».
M. Passebois (Montpellier) : « Fractures du Rocher ».

Section de médecine générale. — Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 19 mai :
M. Pollet (Paris) : « Diagnostic des gastrorragies ».
M. Christiaens (Lille) : « Ictère catarrhal ».

Séance du 22 mai :
M. Recordier (Aix) : « Abcès du cervelet ».
M. Girard (Nancy) : « Hémophilie ».
M. Fabiani (Alger) : « Accès de goutte ».
M. Balme (J.L.L.) Montpellier : « Cancer du pylore ».
M. Busser : « Formes cliniques et traitement du myxoédème ».
M. Darnaud (Toulouse) : « Diagnostic et traitement de l'anémie pernicieuse ».
M. Naiann (Nancy) : « Formes cliniques des brucelloses ».

Leçon de 3/4 d'heure. — Séance du 23 mai :
M. Balme (A.J.J.) (Montpellier) : « Leucémies aiguës ».
M. Pons (Toulouse) : « Formes aiguës de l'encéphalite épidémique ».
M. Brocard (Paris) : « Formes cliniques du tétanos ».
M. Raynaud (Alger) : « Diagnostic des ascites ».
M. Verhaeghe (Lille) : « Diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques ».
M. Sterne (Paris) : « Polynévrites alcooliques ».

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. le docteur Jean Broussy est institué professeur suppléant d'histologie.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le docteur Foucault, professeur suppléant est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie en remplacement de M. Barnsby, retraité.

Guerre. — Sont admis au stage d'*assistant des hôpitaux coloniaux* les officiers du service de santé des troupes coloniales dont les noms suivent :
Section médecine : MM. Lefebvre, Pecarrère et Berthon.
Section chirurgie : MM. Ouary, Delom, Moulinard, Eymard, Jouve, Le Goff et Campourcy.
Section bactériologie : MM. Abadie, Chedecal, Minec, Favarel et Trégouet.
Section électro-radiologie : MM. Lamy, Charpentier, Dias-Cavaroni.
Section stomatologie : MM. Dot et Amphoux.
Section pharmacie-chimie : MM. Le Floch et Pille.

Croisières médicales françaises. *Les capitales du Nord.* — Départ du Hâvre le 10 août. (S. S. Cuba de la Cie Gle Transatlantique). Bergen, Oslo, Copenhague, Hambourg, Berlin. Retour au Hâvre le 21 août.
Renseignements, 9, rue Soufflot, Paris 5e. Odéon 20-63.

NECROLOGIE

— Le Docteur Maurice Hache, professeur honoraire à la faculté de médecine de Beyrouth, décédé à Cannes, à l'âge de 85 ans.

— Le Docteur Lavrand, professeur honoraire et ancien doyen de la Faculté libre de Médecine de Lille.

LE GUIDE ROSENWALD 1939

vient de paraître. Il sera cette année exclusivement réservé aux Confrères *exerçant effectivement.*
Un volume (un seul par Docteur), sera remis jusqu'au 30 *juin* 1939 :
gratuitement aux bureaux du Guide, 99 rue d'Aboukir, contre demande signée du Confrère ;
ou *franco à domicile,* contre demande signée et accompagnée de 6 fr. 50 en timbres-poste (montant des frais d'envoi).


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
LES
2
MÉDICAMENTS
CARDIAQUES
ESSENTIELS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
Laboratoires DEGLAUDE, 15, Bd. Pasteur, Paris-XVe
Médicaments cardiaques spécialisés

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES ASSISTANTS
DES INTERNES ET EXTERNES
POUR L'ANNEE 1939-1940

A HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Carnot ; chefs de clinique : MM. Rendu, Maury, Facquet, Catinat ; chefs de laboratoire : M. Coquoin, Mme Coquoin, MM. Lavergne, Dioclès, Dognon, Cachera, May ; internes : MM. François (André), Marre (P.) ; externes : MM. Welfing (P.), Mlle Greininger, M. Ribay, Mlle Desoutter, MM. Dessons (Eugène), Allary (Michel), Welfing (Jean), Durand (Claude), Audbourg (Pierre), Loulergue (Jacques), Mlle Caby, M. Casaurang.

2. Médecin : M. Halbron ; assistant : M. Lenormand (Jacques) ; interne : Mlle Lambert (Alice) ; externes : MM. Corcos, Dezarnaulds, Bangalter, Feffer, Bui.

3. Médecin : M. Baudouin ; assistant : M. Azerad (Elie) ; interne : M. Gras (Louis) ; externes : Mlle Gaon, M. Guichard (Raoul), Mme Germain née Vésigot-Wahl, MM. Alloiteau (J.-J.), Hardre.

4. Médecin : M. Henri Bénard ; assistant : M. Merklen (Jules) ; internes : M. Robey (M.) ; externes : Mlles Bénard, (Claude), Redonnet, MM. Barbier (Michel), Scherrrer (Jean), Léger (Michel) Crabol.

5. Médecin. M. Bariéty ; assistant : M. Charousset ; interne : M. Genevrier ; externes : Mlle Rouvier (Christiane), MM. Galland (Roger), Weisman (J.), Grel (P.), Rémond (A.), Joué.

6. Chirurgien : M. le prof. Cunéo ; assistants : MM. Bloch (Jacques), Sénèque (Jean) ; chefs de clinique : MM. Beuzart, Jomain, Adrianopoulos, Maynadier, Gross, Roux ; chef de laboratoire : M. Feyel ; internes : MM. Debelut (J.), Lascaux (B.), Bancaud, Laigle, Placa ; externes : M. Bailliart, Mlle Weinstein, M. Allenic, Mlle Rein, M. Schuster, Mlle Boinet, MM. Delagarde (P.), Teurtroy, Boulard (P.), Menut, Benoit (P.), Gadrat (Jean), Mlle Bricard, M. Tessler (Léon), Fourdinier.

7. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. le prof. Terrien; assist. du serv.: Mme Vallon; assist. de consultation : MM. Halbron, Salagnac, Mlle D. Seidel ; chefs de laboratoire : M. Blum (Jean), Mme Kisselewsky (préparatrice) ; chef de clinique : M. Guillaumat ; moniteurs : MM. Vattran, Lecrom ; internes : MM. Boudon (Claude), Pluvinage; externes : Mme de Prelauné de Céleron, Mlle Pauliac, MM. Marlingue, Camilleri, Mlle Ardillier, MM. Dumée, Catsanis.

8. Accoucheur : M. Chirié ; assistant : M. Digonnet (Louis) ; internes : M. Berthon (Pierre), Mlle Garnier (Marie) ; externes : MM. Cayrol, Hochedel, Matheron, El Haik, Baulon (J.), Pomès (G.).

9. *Consultation.* — Médecin : M. Gutmann ; assistant : M. Beaugeard ; externe en premier : M. Butet (André) ; externes : Mlle Laurent, MM. Petit-Gellé, Letard.

10. *Consultation.* — Chirurgie : M. Roux ; externes : MM. Girard (René), Sissmann, Bourgin (Henri).

11. *Consultation de Stomatologie.* — Stomalogiste : M. Ruppe ; adjoint : M. Lebourg ; assistant : Mme Cernéa ; externe : M. Lagier.

12. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Lagarenne ; chef adjoint : M. Dioclès ; assistant : f. f. attachée : Mme Lejard.

13. *Hydrothérapie et Thermothérapie.* — Chef : M. Duhem ; chef adjoint : M. Moro ; assistant f. f. assistant : M. Martmignaut ; externes : M. Sarfati (Ernest), Mlle Hillerms (Irène).

14. *Service de Physiothérapie.* — Chef de laboratoire : N... ; assistants : N...

B LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Rathery ; chefs de clinique : MM. Bargeton, Ferroir, Duperrat, Turiaf, Toussaint, Mme Hyon-Janvier ; chefs de laboratoire : MM. Doubrow, de Traverse ; interne : Mlle Seyrig ; externes : MM. Duval (René), Catalogne, Souffrin (Edmond), Mme Prost-Clerc, M. Galey (Jean), Mlle Anglès, M. Kivenko.

2. Médecin : M. le prof. Clerc ; chefs de clinique : MM. André, Macrez, Debray, Roy ; chefs de laboratoire : MM. Paris, Lavagné ; interne : M. Plas ; externes : MM. Meunier (J.-L.), Pertusier, Lavergne (Ch.), Barbier (L.), Forgeois, Denis (P.), Attuil (L.).

3. Médecin : M. Laignel-Lavastine ; assistant : M. Gallot ; internes : MM. Feld (Michel), Philippe (Mathieu) ; externes : MM. Gorce (M.), Harmel-Tourneur, Mlles Fagnot, Larrivé (M.), MM. Durand (J.-V.), Lefébure (F.), Bernheim (P.-L.), Bismuth.

4. Médecin : M. Aubertin ; assistant : M. Lévy (Robert); internes : M. Lesueur (Guy), Mlle Darhovsky (Véra) ; externes : MM. Duchêne (Jean), Caillods, Gabe, Mocany, Mlle Thierry, M. Giordano-Orsini.

5. Médecin : M. le prof. Clovis Vincent : assistants : MM. Le Beau, Thiébaut ; internes : Mlle Aubin (Hélène), MM. Raynaud (Maurice), Lepintre ; externes : MM. Badin (J.), Tavernier, Mlles Blieblum, Proux (Andrée), Schauving, Devieux (F.).

6. Médecin : M. Harvier ; assistant : M. de Brun du Bois Noir (Roger) ; interne : M. Claisse ; externes : Mlle Granier, MM. Tola, Couder, Caldier, Mlle Allary, MM. Brandon (M.), Le Bourg.

7. Chirurgien : M. Küss ; assistant : M. Banzet (Paul) ; internes : MM. Staub (M.), Bolivar (Jean) E. P., Piard (André) E. P. ; externes : Mlle Bory, Boissière, Guillaume, Mlle Lodyjenski, M. Bouchara, Mlles Ledrut, Meynard, Imianitoff.

8. Chirurgien : M. Chevrier ; assistant : M. Oberlin ; internes : MM. Pointeau (J.), Lasry, Samain (à titre étranger) ; externes : MM. Laham, Oger, Caron (J.), Monnerot (E.), Crépin, Gauchy, Reymond (Jean).

9. Chirurgien : M. Desplas ; assistant : M. Sarradin ; internes : MM. Deguillaume (F.), Robert (J.-P.), Castany (J.M.) ; externes : Mlle Rapidel, MM. Lannes, Gosset, Mlles Piobetta, Pécaud, Savaton, Pilven (Yves), Lemaire (M.).

10. Accoucheur : M. Cleisz ; chef de laboratoire : N... ; interne : M. L'Hirondel ; externe en premier : M. Danset ; externes : MM. Pestel, Burgaud, Desprez (René), Dumas (P.), Mlle Dehennot.

11. *Consultation.* — Médecine : M. Escalier ; assistant : M. Rogé (R.) ; externe en premier : M. Cachin ; externes : MM. Viala, Perillo, Boitard.

12. *Chirurgie.* — M. Bernard ; assistant : M. Blondin (Marcel) ; externes : MM. Bouvaist (Jacques), Leibinson, Coulon (M.).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier ; interne : M. Morhange ; assistant du service : M. Maspétiol ; assistants de consultation : MM. Eyriès, Baron ; externes : MM. Drain, Delormeau, Pillet (Jean), Mathieu, Chessebeuf.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Hartmann ; assistant : Mlle Kaz ; interne : M. Sénéchal ; assistant de consultation : M. Desprès ; externe : Mlle Caubel.

15. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Gérard-Maurel ; adjoint : M. Bornet ; assistant : M. Parant ; adjoint : N... ; externes : MM. Palmer, Guézennec (El f. f.).

16. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Delherm ; chefs-adjoints : MM. Morel-Kahn, Devois ; assistants : MM. Godet, Bernard (Jacques), Fischgold, Strouzer, Lefebvre ; attaché d'Electro-Radiol : M. Roux ; externes : MM. Delerba, Picot.

C SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Loeper ; chefs de clinique : M. Bioy, Mme Brouet Sainton, MM. Varay, Lesobre, Mallarmé ; chefs de laboratoire : M. Lesure, Mlle David, MM. Duchon, Cottet ; internes : MM. Chassagne, Mande ; externes : MM. Meunier (André), Bertier (J.), Mlle Prigent (A.), MM. Robert (Jean), Boutillier du Rétail, Chevallier (Pierre-Georges), Mlle Puget.

2. Médecin : M. Debray ; assistant : M. Domart (André) ; interne : Mlle Hufnagel ; externes : MM. Bijoux (R.), Rousseau (J.), Valadou, Arnaud (Aimé).

3. *Centre de triage.* — Médecin : M. Jacob ; externes : M. Bracq, Mlle Langevin.

4. Médecin : M. Cain ; assistant : M. Cattan ; interne : M. Dreyfus (Bernard) ; externes : MM. Gross, Bessis (M.), Mlle Claus, M. Duizend, Mlle Vettier.

5. Médecin : M. Mouquin ; assistant : M. Bousser ; interne : M. Chiche ; externes : MM. Kéruzoré, Etienne (H.), Cayé, Mlle Sikorav, M. Quintescu.

6. Médecin : M. Boulin ; assistant : M. Uhry ; interne : Mme Cans, née Sulzer ; externes : MM. Sigalea, Maugeais (Jean), Albert, Mlle Bartoli, M. Bertho.

7. Médecin : M. Chabrol ; assistant : M. Busson (André) ; interne : M. Breton ; externes : MM. Chapuis, Carillo-Maurtua, Tixier (P.), Rudelle, Nespoulous.

8. Médecin : M. M.-P. Weil ; assistant : M. Oumansky ; interne : Mlle Montalant ; externes : MM. Vachon, Manuel, Gauthier (Paul), Mioni, Brunet (André).

9. Médecin : M. Jacob ; assistant : N... ; interne : M. Bareau (A.) ; externe premier : M. Natal (R.) f. f. ; externes: MM. Kouliche, Anthony, Tsevrenis, Pesle, Sevaux.

10. Chirurgien : M. le prof. Grégoire: assist. : M. Couvelaire (Roger) ; chefs de clinique : MM. Rodier, Delinotte, Suire ; chef de laboratoire : Mlle Desmonts ; internes : MM. Laurence, Verne (Jean-Marie), Morel-Fatio ; externes : MM. Guéniot (Maurice), Lemerre (Lucien), Binda, Tardieu, Poullain (J.), Mlle Isserlis, M. Tequi.

11. Chirurgien : M. Bréchot ; assistant : M. Reinhold (Paul) ; internes : MM. Gout (Lucien), Livory, Lartigue ; externe en premier : M. Ferrand (Guy) ; externes : MM. Agèorges, Deplas, Morer, Daffos, Mlle Prozynski, M. Garrigues (Jean).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Halphen ; assistant : M. Bérard ; assistant suppléant : M. Salomon (Jean) ; assistants Con. : MM. Biette, Wisner ; interne : M. Torre (Paul) ; externes : MM. Chilte, Bourguet (J.), Pribat (Pierre), Mlle Chassaing, M. Nugues.

13. Accoucheur : M. le prof. Lévy-Solal ; chefs clinique: MM. Grasset, Vincent, Mme Loewe-Lyon ; chef laboratoire : M. Pautrat ; internes : M. Bret (Jules), Mlle Bournisien (Marthe) ; externes : MM. Barrois (J.), Zingermann-Herjel, Mlle Dutilh, MM. Dautel, Lévy (Sadia).

14. *Consultation.* — Médecine) : M. Boltanski ; assistant : M. Lacter-Pachter ; externe en premier : Mlle Fillon ; externes : MM. Pilat, Nalpas, Iancu, Mlle Raab.

15. *Chirurgie.* — M. Braine ; assistant : M. Maximin ; externes : MM. Darbord, Gourdin, Mathey, Chavelet.

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Velter ; assistant : M. Joseph ; assistants de con. : MM. Desvignes, Le Crom ; interne : M. Amado (Georges).

17. *Consultation de stomatologie.* — M. Thibault ; adjoint : M. Marie ; assistant : M. Lepoivre ; élève : M. Fricou (Paul).

18. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Cottenot ; chefs adjoints : MM. Ordioni (Paul), Cherigié (f. f.) ; assistants : M. Liquier, Mme de Bergmann ; externes : MM. Tzanck (René), Sassier (Guy) ; attaché d'Electro : M. May.

19. *Service temporaire de médecine.* — Externe : N...

D NECKER. — 1. Médecin : M. Laederich ; interne : Mme Debain, née Pinard ; externes : MM. Chevillotte, Bureau (Georges), Mariaux, Saglio, Milstein.

2. Médecin : M. Fiessinger ; assistant : M. Albeaux (Michel) ; interne : M. Lenormant (Henri) ; externes : MM. Berthomier (Gérard), Maurel, Mlle Marcille, M. Sersiron.

3. Médecin : M. Binet ; assistant : M. Parrot (J.-L.) ; interne : Mlle Wolfromm (Renée) ; externes : MM. Duhamel, Boreau, Daudet (Marc), Perraudin, Legendre (Roger).

4. Médecin : M. Jacquelin ; assistant : M. Joly (François) ; interne : M. Cornet (André) ; externes : Mlle Marc, MM. Rousseau (G.), Noël (P.), Collet (A.).

5. Chirurgien : M. Gouverneur ; assistant : M. Pérard (J.) ; assistants de consultation ; MM. Motz, Danziger ; chef de laboratoire : N... ; internes : MM. Vionnet (Max), Hector, Zwillinger ; externes : MM. Vayssié, Raymond (J.), Dupas, Giron, Céleste, Mlle Torras, MM. Hervy, Libaude, Thuillier.

6. Chirurgien : M. Jean Berger ; assistant : M. Lazard ; internes : MM. Küss (René), Poissonnet, Etienne (Roger) ; externes : M. Perrin (Charles), Mlle Naline, M. Aga (Daniel), Mlle Balle, MM. Granier (J.), Le Nail.

7. *Consultation.* — Médecine : M. Lambling ; assistant : M. Thomas ; externe en premier : M. Herwitt ; externes : MM. Guidicelli, Pistre, Berveiller.

8. *Chirurgie.* — M. Quénu ; assistant : M. Fayot ; externes : M. Denisart (Paul), Mlle Stoll.

9. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Gornouec ; élève : N...

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Gilson ; adjoint : M. Baude ; assistant : (f. f.) ; assistants : MM. Hickel, Bernard (Paul) ; externes : Mlle Thibaut de Champvallon, M. Bogros.

11. *Service des voies urinaires.* — M. Hickel.

12. *Centre anti-cancéreux.* — M. Berger.

13. *Curiethérapie.* — Chef des travaux : M. Coliez.

E ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt ; chefs de clinique : MM. Patey, Tilitcheff, Temerson, Bourée, Mme Morel-Ronsin; adjoint: N...; chef de laboratoire: M. Pretet; moniteurs: Mme Laroche, M. Brunet, Mlle Landowski; chef de laboratoire: (diphtérie): M. Lafaille; interne: M. Vendryes; externes: MM. Dogué, Pécheux (Jean), Mlle Seilinger, MM. Boismoreau, Radjaï, Zarrabi, Mlle Boissard de Bellet.

2. Médecin : M. Weill-Hallé ; assistant : M. Abaza ; interne : M. Seguin (Marcel) ; externes : MM. Grigné, Ciechanowicz, Dana, Caballero y Monteagudo, Mlle Bernard (A.-M).

3. *Crèche ancienne et nouvelle.* — M. Weill-Hallé ; externe en premier : Mlle Lipmann (Charlotte).

4. Médecin : M. Armand Delille ; assistant : M. Lestocquoy (Charles) ; internes : M. Motte, Mlle Schweiguth (Odile) ; externes : MM. Pitollet, Mlle Huguenard, M. Weber (René), Mlle Merlin, M. Guégan, Mme Guéroult, née Bonnet.

5. Sélection. — Médecin : M. Armaud Delille ; interne : M. Statlender ; externe en premier : M. Daumet.

6. Médecin : M. Darré ; assistant : Mme le Dr Zagdoun ; interne : M. Vivien (Paul) ; externes : MM. Conche, Ycre, Guitard (J.), Mlle Leuthreau, M. Dufresne (P.), Labourie.

7. Chirurgien: M. le prof. Ombrédanne; assistants: MM. Fèvre, Lance (M.); assist.: de con.: M. Barcat ; chefs de clinique : M. Barcat, Judet ; moniteur : M. Dermer ; préparatrice : Mme Rémond ; chef de la laboratoire : M. St-Girons ; internes : MM. Chalochet (Pierre), Ghozland (Lucien) ; externes : Mlles Albulesco, Dournic, Mmes Mattéi (Marie-Madeleine), David (Linette), MM. Houdart (R.), Dicesco, Maille, Barmada.

8. *Service médical d'Antony.* — M. le prof. Ombrédanne; assistant : M. Fèvre ; externe en premier : M. Rognon ; externes : Mme Giudicelli née Bousquet, M. Soprounoff.

9. Chirurgien : M. Bergeret ; assistant : M. Audouin ; internes : MM. Debouvry, Neveu (Jean) ; externes : MM. Koskinas, Venator, Seilinger (A.), Bourdy, Mlle Pannetier, M. Besle.

10. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monbrun ; assistant du service : M. Jourdy ; assistant de consultation: MM. Purgy, Briquet ; internes : MM. Rouault (L.), Hadengue (E.-P.) ; externes : MM. Orliac, Veyrières.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Le Mée ; adjoint : M. Richier ; assistants du service : MM. Zhâ, Vaidie ; assistant de consultation : M. Mazarakis ; internes : Mlle Lefèvre (J.), M. Bouche (J.) ; externes : MM. Bui-Kien-tin, Poveda-Estrada, Falk, Ardouin, de Fourmestraux, Buchenaud, Sohier, Tran-Hun-Tuoc, Mlle de Lanessan.

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Thibonneau ; chef du laboratoire général de bactériologie : M. Girard (Ernest) ; externes : MM. Danion, Diacono (G.).

13. *Service temporaire contagieux pour enfants (Pavillon Maria Richard).* — Médecin : M. Tixier ; assistant : M. Hurez (André) ; interne : M. Chevalier (Anthelme) ;

externes : MM. Fouchet, Hérard, Loupias, Tobé, Mlle Descroix, M. Nguyen-The-Dai, Mlle Kaplan.

14. *Service temporaire Poliomyélite.* — M. le prof. Nobécourt ; externe en premier : Mlle Rosenkovitch ; externes : MM. Viard (P.), Rehfeld.

F COCHIN. — 1. Médecin : M. le prof. Labbé ; chefs de clinique : MM. Livieratos, Ulmann, Le Suivant, Bour, Boyer, Mallet, Bonnet ; chefs de laboratoire : Mme Verne, MM. Busy, Callais, Antonelli, Rymer ; internes : MM. Deuil (Roger), Carasso (Raoul), Fischgrund (Samuel) ; externes: MM. Maigne, Tillet, Reverdiau, Duranteau, Beinis, Ducep, Sapin-Jaloustre (H.), Mendras (P.), Rintzler, Fiessinger, Tenembaum, Sapin-Jaloustre (Jean), Mlle Santelli.

2. Médecin : M. Pinard ; assistant : N... ; internes : MM. Paugam (Paul), Trémolières (Jean) ; externes : MM. Grunwald, Koupernik, Diatkine, Monprofit (Jacques), Robert (Henri).

3. *Service de Malariathérapie.* — Médecin : M. Pinard ; externes : MM. Lauga, Wolk.

4. Médecin : M. Ameuille ; assistant : N... ; interne : M. Wolfromm (René) ; externes : MM. Jacquemin, Paley (P.), Godlewski (S.), Arnaud (L.), Goury, Pimpaneau.

5. *Service du dispensaire.* — Interne : M. Weill (Francis) ; externes : MM. Brustel, Basdevant, Lacaze, Gandar.

6. *Service temporaire tuberculeux.* — Interne : M. Guiot (Georges) ; externes : MM. Seiffert, Wassef, Duvillé.

7. *Pavillon tuberculeux (femmes).* — Médecin : M. Ameuille ; externes : M. Lacourbe, Mlle Le Ricolais.

8. Médecin : M. Chevallier ; assistant : N... ; chef de laboratoire : M. N... ; interne : M. Le Bozec ; Mlle Monghal E. P. (Thérèse) ; externes : MM. Carpentier, Solomon, Golfand, Cazes, Frija, Mlle Hatt.

9. Chirurgien : M. le prof. Lenormant ; assistants : MM. Wilmoth (Pierre), Ménégaux ; chefs de clinique : MM. Calvet, Cachin, Bloch, Lejeune, Perret ; chefs de laboratoire : MM. Beauny, Perrot ; internes : MM. Denoix (Pierre), Toulouse (Reiny), Koskinas (Moïse), Richet; externes : MM. Brun (Marcel), Lavat (Jean), Villey-Desmeserets (Claude), Mlle Morin-Gauthier, MM. Lemaire, Chevillotte, Morin (Paul), Reichmann, Mlles Bricard, Brunel, MM. Chambrand, Ivaldi, Mlle Uhry.

10. *Annexe de la clinique chirurgicale.* — Chirurgien : M. le prof. Lenormant ; assistant con. : N... ; externes : MM. Mercier (André), Neyrat, El Haïk.

11. Chirurgien : M. le prof. Chevassu ; assistant : M. N... ; chefs de clinique : MM. Bayle, Leroy ; chefs de laboratoire : MM. Pelou, Busser, Max, Canoz ; internes : MM. Salvanet (J.), Thomeret (G.) ; externes : MM. Guimezanes, Fontaine, Vincent (Robert), Apkarian, Vézard, Treps, Autier (C.), Aelion.

12. Chirurgien : M. P. Mathieu ; assistant : M. Padovani (Paul) ; chefs clinique : MM. Lance, Poilleux, Genty ; chef de laboratoire de la clinique orthopédique : M. Thiébaut ; assistants : MM. Ducroquet, Strohl ; internes : MM. Germain (André), Schaefer (G.) ; externes : Mlle Loudent, MM. Nicolle, de Barrigues de Montvallon, Mlle Muraccioli, M. Beauvy.

13. *Consultation.* — Médecine : M. Dreyfus ; assistant : M. Rymer ; externe en premier : M. Barré (Yves) ; externes : MM. Bahri, Epstein, Coriat, Cuenca.

14. ....

15. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Prélat ; assistant : M. Bideau ; externes : MM. Maim, Connat.

16. *Consultation (oto-rhino-laryngologie).* — M. Maduro; assistant de consultation : M. Moussette ; externes : MM. Pradoura, Peyron (Paul).

17. *Elecro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Ronneaux ; chef adjoint : M. Desgrez ; assistants : MM. Boileau, Busy, Moret, Dubois ; attaché d'Electro-Radiol. : M. Wattez ; externes : Mlle Mottez (M.), M. Coronel El (f. f.).

18. *Consultation de Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Raison ; adjoint : M. Monès ; assistant : M. Mesnard ; élève : N...

19. *Bactériologie.* — Chef de laboratoire de secteur : M. Demanche.

G HÔPITAL BEAUJON (Clichy). — 1. Médecin : M. Tinel ; assistant : M. Brincourt ; interne : Mlle de Larminat (Marie) ; externe en premier : M. Kartun ; externes : MM. Bour, Ponson, Talpin, Boulet, Mlle Schmit.

2. Médecin : M. Stévenin ; assistant : M. Lelourdy ; interne : Mlle Féder (Arlette) ; externes : MM. Joannès, Japhet, Lebreton, Métais, Cottreau.

3. Médecin : M. Donzelot ; assistant : M. Ménétrel ; interne : M. Ordonneau (Paul) ; externes : MM. Gaudibert, Bilsky, Hervé, Sahuque, Nordin.

4. Médecin : M. Léon Kindberg ; assistant : M. ; interne : M. Albahary ; externes : MM. Gaulier, Laurent (Jules), Samama (Jules), Pépin, Sevegrand ; externe en premier : Mlle Rosental (Louise).

5. Médecin : M. Turpin ; assistant : N... ; internes : MM. Kaufman (Henri), Luteraan (étranger en surnombre); externes : Mlle Lenseigne, MM. Goldberg-Rukowsky, Bibring, Cordier (Pierre).

6. Médecin : M. Richet ; assistant : M. Pergola ; chef de laboratoire : M. N... ; interne : M. Lecœur (Jacques) ; externes : MM. David (Daniel), Berger (Claude), Jouve (E.), Krajevitch, Lévy (Michel).

7. Chirurgien : M. Guimbellot ; assistant : M. N.. ; externes en premier : Mlle Chaillet, MM. Fortin, Denizet; externes : MM. Matet (Yves), Barral (Claude) ; Millner, Mlle Hébert-Suffrin, Saïd, Corganian-Corganoff, Mlle Parienté.

8. Chirurgien : M. Monod ; assistant : M. Seillé ; internes : MM. Hardel, Andoly (Paul) ; externe en premier : M. Démétriadès ; externes: MM. Dupuis (R.), Meyer (Bernard), Martin (Jean), Porte, Monod (Eric), Seropian, Lochard.

9. Chirurgien : M. Rouhier ; assistant : M. Chevallier ; externes en premier : MM. Legrand (Marcel), Roman, Polliot ; externes : MM. Pondaven, Blumenfeld, Lebec, Guéret (L.), Mesnier, Mlle Chapelan, MM. Mariette, Thierrart.

10. *Oto-rhino-laryngologie :* M. Baldenweck ; assistant du service : M. Leroux-Robert (Jean) ; assistant suppléant : M. Bory ; assistants de consultation : MM. Tillé, Bricage, Lapiné ; interne : M. André (Paul) ; externes : M. Ballerin, Mme Philippe, Mme Poiré née Hayot, M. Schwob.

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; assistant : M. Frilleux ; assistant de consultation : M. Bierent ; interne : M. Pinet (Gabriel) ; externes : MM. N....,

12. Accoucheur : M. Levant ; assistant : M. Sureau ; internes : MM. Musset, Poussier (François) ; externes : MM. Bourdon (René) ; Goerens, Baudy, Duveau, Wolff (J.).

13. *Consultation.* — Médecine : M. Hamburger ; assistant : M. Courtin ; externe en premier : M. Godlewsky (Guy) ; externes : M. Tanzy, Mlle Vial, MM. Racovsky, M. Piana.

14. Chirurgie : M. Soupault ; assistant : M. Kauffmann ; externes : MM. Béal (C.), Dupuis (R.), Lévy (Jean).

15. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Gérard ; attachés d'Electro-radiologie : MM. Deille, Verre; assistants : Mme Delaplace, MM. Le Goff, Gouillard, Lifchitz ; chefs adjoints : MM. Surmont, Chenilleau (f. f.) ; interne : N... ; externes : MM. Voïda élève, Montantin élève, Honisberg élève.

16. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. L'Hirondel ; assistant: M. Lambert; stomatologiste adjoint: M. Vrasse.

H LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. Nicaud ; assistant : M. Laffitte ; interne : M. Ribas (Moïse) ; externes : MM. Erlich, Pichon, Teissandier, Dupont (Victor), Fuchs (Henri), Koviensky, Santolini, Bidault des Chaumes.

2. Médecin : M. Rivet ; assistant : M. Hirschberg ; interne : M. Raymondaud ; externes : MM. Gouault, Solal, Meunier (Jean), Alexandre (Pierre), Benoit, Mlle Vanhulle.

3. *Service des tuberculeux.* — M. Launay ; assistant : M. Roger de Véricourt ; interne : M. Gimault ; externes : MM. Fresnel, Mauduit, Lefort, Betuel.

4. Médecin : M. Gautier ; assistant : Mlle Heimann ; interne : M. Villey-Desmeserets ; externes : M. Gerdin, Mlle Kniazeff, MM. Lustak, Lafontaine, Mlle Moussié, M. Vermeil.

5. Médecin : M. de Gennes ; assistant : M. Mahoudeau ;

interne : M. Depierre ; externes : MM. Poulet, Schapiro, Targowla, Mlle Kahn-Buiker, M. Girauld, Mlle Llech.

6. Médecin : M. Decourt ; assistant : M. N. : interne : M. Blanchard (J.) ; externes : MM. Sarrazin, Bokanowski, Nanty, François (Raymond), Canivet (Jean), Moulle, Chaltiel.

7. Chirurgien : M. Fey ; assistant : M. Dossot ; internes: MM. Beauchef (Jean), Azoulay (Charles) ; externes : MM. Hiverlet, Sauzier, Cabrières, Sauzède, Abramowiez, Mercaider, Lasry, Wallet.

8. Chirurgien : M. Cadenat ; assistant : N... internes : MM. Mazingarbe (André), Cauvy (Jean), Netter (Robert) ; externes : MM. Heffez, Tournier (Paul), Guéraud, Wapler, Buhet, Siraga.

9. *Service des chroniques.* — M. Cadenat ; externe : M. Cayla (J.).

10. Chirurgien : M. Sauvé ; assistant : M. Mouchotte ; internes : MM. Gallaut (Roland) ; E.P, Magé ; externes : MM. Asséo, Marchenay, Gumpelson, Balter, Essel, Avenier.

11. Chirurgien : M. Houdard ; assistant : M. N... ; internes : MM. Meyer (Henri), Claracq (Lucien), Lesieur (Pierre) ; externes : MM. Sors, Lévy (Pierre), Mlles Bourgeois, Garnier (Ch.), Laprade, MM. Krief, Verdoux.

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. le prof. Lemaître ; assistant du service : M. Gaston (Alain) ; assistant suppléant : M. Rachet ; assistant de consultation : M. Chaillouet ; chefs de clinique : MM. Lemaître (Yves), Chaput, Cernéa, Broutman ; chefs de laboratoire : M. Ardouin ; internes : MM. Ebstein (Pierre), Danel (Jean) ; externes : MM. Gertzberg, Palacci, Krawieki, Mlles du Pasquier, Koo, Mme Bosc, M. Beurrier.

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Magitot ; assistant du service : M. Dubois (André) ; assistants de con.: M. Morax (Pierre), Mlle Haas ; interne : Mlle Samuel E.P. (Hélène) ; externe : M. Benidir.

14. Accoucheur : M. Devraigne ; assistant : M. Séguy ; internes : Mlle Haller (Jacqueline), M. Compagnon (Lucien) ; externes : MM. Lachovsky (Alexandre), Seblan, Guézou, Bardon (Louis), Petitot (Henri), Rey, Borniche.

15. *Consultation.* — Médecine : M. Degos ; assistant : M. Grenet ; externe E.P. : M. Verliac (F.) ; externes : Mlle Kowalska, MM. German (Paul), Manillier, Brunet (Pierre), Mlle Laisney.

16. *Chirurgie.* — M. Redon ; assistant : M. Rachelsberg ; externes : MM. Marchon, Doville, Mlle de Looze.

17. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Richard ; assistant : M. Hennion ; adjoint : M. Hénault ; externes : M. Chaudonet (P.), Mme Mazzoli, née Imer.

18. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Guilbert ; chefs adjoints : MM. Frain ; assistant (f. f.) : M. Stuhl ; assistant : M. Barreau ; externes : M. Lajoux, Mlle Delplace, MM. Tillet, Szpigielman.

I TENON. — 1. Médecin : M. Lian ; assistant : M. Frumusan ; interne : M. Aurenche ; externes : MM. Mathias, Lhermet, Renard (Pierre), Mlles Maronet, Colombe (Geneviève).

2. Médecin : M. Brulé ; assistant : M. Hillemand ; interne : M. Goutner (Boris) ; externes : M. Renault (Paul), Mlles Boudeville, Caussé (Geneviève), MM. Foix, Delater, Simon (André).

3. Médecin : M. Laroche ; assistant : M. Bompard ; interne : M. Loeper (Jacques) ; externes : MM. Wapler, Divisia, Perrier (Pierre), El Grabli.

4. Médecin : M. May ; assistants : MM. Ollivier, Bloch (Henri) ; internes : MM. Lamotte (Michel), Delzant (Olivier) ; externes : MM. Clerfeuille, Colsy, Lévy (Marc), Champagne (P.), Mlle David, MM. Bignotte, Sibertin-Blanc, Mlle Bezzadian.

5. Médecin : M. Marchal ; assistant : M. N... ; interne : M. Le Loc'h (Henri) ; externes : MM. Depinay, Lemierre (Jacques), Hurel (Jean), Lacour (Jean), Sinaud (André), Chapuis (J.-L.).

6. Médecin : M. Etienne Bernard ; assistant : M. N... ; internes : M. Nick, Mlle Lotte (Alice) ; externes : Mlle Chateaureynaud, MM. Hartmann (Jean), Hacker, Jupeau, Corcos (Vittoris), Savouret (Jacques), Azoulay (Joseph), Mlle Koechlin, MM. Tallet, Rouff, Roujeau, Nolot.

7. Médecin : M. Carrié ; assistant : M. Périer ; interne : M. Depaillat (André) ; externes : Mlle Marchand, MM. Hallot-Boyer, Mouret (Jean), Halfon.

8. Médecin : M. Hagueneau ; assistant : M. Ducas ; interne : M. Bonduelle (Michel) ; externes : MM. Auvert, Métropolitansky, Schaap, Sethian, Bergeron, René (Louis).

9. Chirurgien : M. Roux Berger ; assistant : M. de Gaudart d'Allaines ; internes : MM. Logeais (Pierre), Drain (Maurice), Pertus (Jean) ; externes : MM. Jacquet-Lagrèze, Violet (Guy), Woimant (Bernard), Mlle Cousin, M. Lévy (Alfred), Hourtoulle, Vivarès, Leménager.

10. Chirurgien : M. Girode ; assistant : M. Meillère ; internes : MM. Magder ; Mathieu (André), El Baz (Charles) ; externes : MM. Robin (Jacques), Solignac, Deroide (B.), Delpech (G.), Ferrand (J.), Marchat, Sergent (Y.).

11. Chirurgien : M. Deniker ; assistant : M. Metzger ; internes : MM. Desfosses (Noël), Lacroix (Pierre), Flabeau; externes : MM. Brunel (Philippe), Gouygou (Charles), Meng, Salmona, Masse (Paul), Meininger, Klotz (Alex).

12. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Hautant ; assistant du service : M. Chavanne ; assistant suppléant : M. Oudot ; assistant con. : M. Drouin ; internes : MM. Clerc (Henri), Allilaire (Roger) ; externes : MM. Massonnet, Marmier, Peiffert, Nguyen-Khac-Than, Mme Florent née Berthier, M. Merian.

13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bollack ; interne : M. Brégeat (Raymond) ; assistant du service : Mme Delthil ; assistant con. : M. Voisin ; externes : M. Driart, M. Wior (élève).

14. Accoucheur : M. Ravina ; assistant : M. N... ; internes : MM. Bach (Charles), E.P. Cossart (René) ; externes : MM. Valentin (Michel), Bey, Pichereau, Martin (Paul), Keiser.

15. *Consultation.* — Médecine : M. Basch ; assistant : M. Vial Gilbert ; externes : M. Gomez, Mlle Ach, MM. Sapir, Hervun, Libert (André).

16. *Chirurgie.* — M. Sauvage ; assistant : M. David ; externes : MM. Bigoux, Masmonteil, Chambon.

17. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lepennetier ; chef adjoint : M. Bouchard (f. f.).

18. *Chef de travaux de curiethérapie.* — M. Mallet ; assistants : MM. Le Camus, Godefroy ; attaché d'électro : MM. Simon, Franck ; externe : Mlle Sibertin-Blanc (Rose).

19. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lacronique ; adjoint : Mme Papillon-Léage ; assistant : M. Fieux.

J LAENNEC. — 1. M. le prof. Troisier ; assistants de consultation spéciale : MM. Bour, Lesobre-Paul ; chefs de clinique : MM. Dugas, Brouet, Herrenschmidt ; chefs de laboratoire : MM. Braun, Mangeot ; chef de laboratoire du centre de triage : M. Brocard ; assistants du centre de triage : MM. Azoulay, Brissaud, Chadourne, Meyer (André), Lemelletier, Nicaud ; interne : M. Tulon ; E.P. Isal (Paul) ; externes : MM. Alcan, Calloc'h de Kérillis, Basset (L.), Bellot (L.), Mlles Carré, Gujar, Béranger, Larmoyer, M. Perdrizet.

2. *Crèches.* — Externes : Mlles Rousset (M.-L.), Labarre.

3. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — M. le prof. Troisier ; externes : M. Tibi, Mlle Trocmé (M.-L.), M. Auzoux (Louis).

4. Médecin : M. Louis Ramond ; assistant : M. Vialard ; interne : M. Sérane (Jean) ; étranger en surnombre : M. Hussameddin ; externes : MM. Rouget, Kalmar, Georges, Mlle Lagroua.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Médecin : M. Pruvost ; externes : Mlle Krilitchewky, M. Mennerat, Mlle Oganesoff.

6. Médecin : M. Pruvost ; assistant : M. N... ; internes : MM. Milliez, Tiret ; externes : MM. Pujol, Jacquelin, Retailleau, Derville, Brault, K'brat, Sébillotte, Ceccaldi, Villebœuf, Poujol, Gosset (J.), Chaïa.

7. Médecin : M. René Bénard ; assistant : M. Poumailloux ; interne : M. Grislain (Jacques) ; externes : MM. Colboc, Sebban, Brac, Lapeyre.

8. Médecin : M. Léchelle ; assistant : M. Thévenard ; interne : M. Fressinaud-Masdefeix ; externes : MM. Michaud, Grabois, Chenille, Pley.

9. Chirurgien : M. Lardennois ; assistants : MM. Welti, Gérard-Marchant ; internes : MM. Gaumé (Pierre), Verstraete ; Aupinel, Roblin E.P. (Jean) ; externes : MM. Darris, Beau, Brument, Vincens, Hartmann, Schatz (Jean), Thomas-Lamotte, Autin (Jacques).

10. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. André Bloch ; assistants du service : MM. ABoulker (Paul), Soulas ; assistant suppléant : M. Calmanas ; assistant de con. : M. Larroque (Louis) ; interne : M. Hofmann ; externes : MM. Zirah, Younès, Mlle Bezier, M. Raulin.

11. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet ; assistant du service : Mlle Valroff ; assistant con. : M. Pétavy ; assistant suppléant : M. Skandrani ; interne: M. Langevin (J.) ; externes : Mlle Plumenail, MM. Impériali, Mercier (Ed.).

12. *Consultation.* — Médecine : M. Célice ; assistant : M. Marceron ; externe en premier : M. Frinault (G.), externes : Mlle Candan, MM. Naudin (P.), Talbot.

13. Chirurgie : Rattachée au service du Dr Lardennois ; assistant de consultation : M. Baudelot ; externes : MM. Melun (Guy), Voitot (J.).

14. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Darcissac.

15. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Maingot ; chefs adjoint : M. Portret (assistant f. f.) ; assistant : M. Jouveau-Dubreuil ; attaché d'électro : M. Prunel ; externes : MM. Mazel, de Rudelle, Boucaut (Maurice).

K Bichat. — 1. Médecin : M. Boidin ; assistant : M. Hanaut ; internes : MM. Schneider (J.), de Lignières ; externes : Mme Daniélou, MM. Narevsky, Nebout, Mlle Lorton, M. Méplain (Adrien), Mlle Goulfier, M. Yver, Mme Bergeron née Mossel.

2. Médecin : M. Chiray ; assistant : M. Bolgert ; internes : MM. Roux (M.), Roche (C.), Maschas (à titre étranger) ; externes : MM. Rouault de la Vigne, Monié, Stépanoff (A.), Roy (G.), Planchon, Calvo-Platero (B.), Le Moal, Germond (J.).

3. Médecin : M. Pasteur-Vallery-Radot ; assistant : M. Mauric ; internes : M. Welti, Mlle Damiens ; externes : MM. Rathery, Lallemant, Mignot, Flavigny, Mlle Cloche, MM. Chardin (D.), Loygue, Graveleau, Delanoé.

4. Médecin : M. Faroy ; assistant : M. Deron ; internes : MM. Paillas, Geffroy ; externes : Mlle Labonde, MM. Jacob (Paul), Carraud, Wachtel, Mlle Klein, MM. Poncet (E.), Bennoum, Mlle Joubert.

5. Accoucheur : M. Portes ; assistant : M. Lepage ; internes : MM. Goulesque, Martinet ; externes : Mlles Veise, Castaignet, M. Pellerin (A.), Mlle Bartfeld, M. Gorge (F.), Mlle Bonastre.

6. Chirurgien : M. Capette ; assistant : M. Gueullette ; internes : MM. Bergeron (L.), Le Roy (François), Rougé (Paul) ; externes : MM. Bénézech (H.), Gerson (M.), Mawas, Mlle Ochsembein, MM. Sée, Canlorbe, Lefort (Adrien), Mazares.

7. Chirurgien : M. Mondor ; assistant : M. Olivier (Claude) ; internes : MM. Hertzog (P.), Champeau (M.), Nardi (César) ; externes : MM. Missonnier, Jarny (Jean), Taptas, Mlle Cayla MM. Bonan, Lieurade, Vaujour.

8. Chirurgien : M. Brocq ; assistant : M. Chabrut ; internes : MM. Lolmède, Eudel, Huber (Jean) ; externes : Blum (Jean), Wetterwald, Bleibtreu, Goetschel, Monod-Broca, Atias, Pillois.

9. *Consultation.* — Médecine : M. Worms ; assistant : M. Huguet ; externe en premier : Mlle Gould ; externes : MM. Chardack, Lewinson, Courtin (Jacques), Mlle Denis, MM. Raufman, Landau.

10. *Chirurgie.* — M. Bloch (R.) ; assistant : M. Blanquine ; externes : MM. Marquand, Ramaroni, Mlle Iliovici

11. *Médecine infantile.* — Médecin : M. P.-P. Lévy ; assistant : M. Lyon-Caen ; interne : Mlle Jurain (Odette) ; externe : Mme Rosemwald, MM. Mordo, Dupré.

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Renard ; assistant de consultation : N... ; externes : M. Oudot (J.).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bourgeois ; assistant de consultation : M. Franck (G.) ; externes : MM. Henry (J.), de Person.

14. *Electro-radiologie.* — M. Lehmann ; adjoints : MM. Porcher, Foubert ; assistants : Mme Wessbecher, MM. Piffault, Lebouchard (Robert), Le Canuet.

15. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Fleury ; stomatologiste assistant à la policlinique du Bd. Ney : M. Maleplate ; externe : M. Bertrand (Ch.).

16. *Bactériologie de secteur.* — Chef de laboratoire : M. Layani.

L Broussais. — 1. Médecin : M. le prof. Laubry ; assistant : N... ; chefs de clinique : MM. Malinsky, Forge, Lemant, Bouvrain ; chefs de laboratoire : MM. Heim de Balzac, Deglaude, Braumberger, Lenaude ; internes : M. Tétreau, Eman-Zadeh (à titre étranger) ; externes : MM. Braillon, Flouquet, Lemoine (André), Lacour (A.).

2. *Service des tuberculeux (baraquements).* — M. Laubry ; interne : Mlle Marquis ; externes : MM. Sclafer (Jean), Nomdedeu.

3. Médecin : M. le prof. Villaret ; assistant : M. Bith ; chefs de laboratoire : MM. Duperrat, Barbier, Brunet, Cachera, Mlle Abadie ; externes : MM. Amado, Bory (R.), de Kerma'hou de Kérauten, Mme Comte, MM. Cresson (Henri), Sénécal (J.), Poirier (M.), Gaulard.

4. *Service des tuberculeux.* — M. Abrami ; interne : M. Schapira ; externes : MM. Jais, Dubois (Georges).

5. Médecin : M. Abrami ; assistant : M. Lichtwitz ; interne : M. Brissaud (Henri) ; externes : MM. Narboni, Chaignon (Pierre), Perrotin (Jean), Chatelin, Behar-Missim, Cirilli, Leddet.

6. Médecin : M. Benda ; assistant : M. N., ; internes : MM. Fénelon (Fernand), Scebat (Lucien) ; externes : MM. Masseboeuf, Berthet, Mlle Lemaître, MM. Gillet (Jean), Juret, Mlle Cestre.

7. Chirurgien : M. Basset ; assistant : M. Ameline ; internes: MM. Candrille (M.), Haquin E. P. (Charles), f. f., Mayaud E. P. (J.), f. f. ; externes : MM. Leiser (J.-M.), Delbarre, Vigié, Bénézech, Adam (Félix), Blanguernon, Chevrolle.

8. *Consultation.* — Médecine : M. Justin Bezançon ; assistant: M. Fauvert; externe en premier: M. Courchet (A.); externes : MM. Duché, Leroy (Roger).

9. *Chirurgie :* Rattachée au service du Dr Basset ; assistant : M. N. ; externes : MM. Zadikian, Lecour.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Gibert ; assistants : MM. Juquelier, Brunet, Guillaumont ; externe : M. El Okbi.

11. *Clinique propédeutique.* — Médecin : M. Couvreux ;

12. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Crocquefer ; externe : Mlle Renard, élève.

M Boucicaut. — 1. Médecin : M. Courcoux ; assistant : M. N. ; interne : M. Duret (Marc) ; externes : MM. Descrozilles, Favre (Paul), Adam (Henry), Oteifa.

2. *Centre de triage.* — Médecin : M. Courcoux ; externes : Mlle Guillouët, M. Avril (Henri).

3. Médecin : M. Trémolières ; assistant : M. Moussoir ; interne : M. Cuvereaux ; externes : MM. Grobon, Yagello, Lallemand (Jean), Levi (A.-R.), Wapler.

4. Chirurgien : M. Okinczyc ; assistant : M. Huard ; internes : MM. Champagne (Pierre), Debost (J.), Petit (Jacques) E. P. ; externes : MM. Guillain (Paul), Frette, Mlle Decaup, MM. Leveillé, Lévy (Jacob), Mallet (J.), Pichot (P.).

5. Accoucheur : M. Ecalle ; assistant : M. Suzor ; internes : M. Aharfi (Georges), Mlle Corre ; externes : Mme Baumgold née Berlinska, Mlle Gavrilenko, MM. Guyot (Jacques), Weiss.

6. *Consultation.* — Médecine : M. Rachet ; assistant : M. Busson ; externe en premier : M. Rie ; externes : MM. Jourde (Louis), Rey (Maurice).

7. *Chirurgie* (ratachée au service de M. Okinczyc) ; assistant consultation : M. Petit ; externes : MM. Bonan, Egger, Mlle Konazewska.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Moulonguet (service) ; assistant du service : M. Lemoine ; suppléant : N. ; assistant de consultation : M. du Buit ; externes : Mlle Vaysse, MM. Roulin, Maury, Orlia.

9. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Houzeau.

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Joly ; chef adjoint : M. Blanche (assistant f. f.) ; assistant : M. Prévost (André) ; externes : M. Herschberg, élève f. f.

11. *Bactériologie de secteur.* — Chef de laboratoire : M. Lévy-Bruhl.

N VAUGIRARD. — 1. Chirurgien : M. le prof. Duval ; assistants : MM. Gatellier, Merle d'Aubigné ; chefs de clinique : MM. Neyraud, Lazard, Mialaret ; chefs de laboratoire : M. Isidor ; internes : MM. Le Brigand, Feldmann, Darricau ; externes : MM. Niégo, Zissu, Picard, Mlle Brun, MM. Lebas (R.), Tchekhoff, Bouclier, Tubiana (Maurice), Forest (André), Diala, Boeffard.

2. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste. — M. Vilensky.

3. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Gally ; attaché d'Electro : M. Lapipe.

4. *Centre de neuro-psychiatrie infantile.* — M. Heuyer ; assistant : M. Roudinesco ; interne : Mme Aldou (Fernande) ; externes : Mlles Marc, Chevallier.

5. *Consultation spéciale d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant de consultation : M. Miégeville.

6. *Consultation spéciale d'ophtalmologie.* — Assistant de consultation : M. Dubar.

O AMBROISE-PARÉ. — 1. Médecin : M. Monier-Vinard ; assistant : M. Brunel (Maurice) ; interne : M. Grèze ; externes : MM. Toupet (A.), Vaysse (J.), Kerschen, Strauss (P.).

2. Médecin : M. Jacquet ; assistant : M. Thieffry ; interne : M. Villanova ; externes : MM. Camus (Pierre), Bailly (Roger), Allain (J.), Guinard (P.), Malherbe.

3. Médecin : M. Janet ; assistant : Mme Dollfus ; interne : Mlle Dreulle ; externes : MM. Buriat, Tillequin, Poirier (René), Mlle Ancel.

4. Chirurgien : M. Desmarest ; assistant : M. Thalheimer ; internes : MM. Wintrebert, Rousset (Pierre) ; externes : MM. Lemoine (Gustave), Dubois (J.-C.), Beunaiche, Gayno (Marc), Mlle Bauzin, M. Durvillé (J.).

Consultation médecine infantile. — Médecin : M. Janet ; assistant : M. Odier-Dollfus.

5. *Consultation.* — Médecine : M. Péron ; assistant : M. Bissery ; externe en premier : M. Deslandes (Edouard) ; externes : MM. Guy (Ed.), Lambert (J.).

6. *Chirurgie:* Rattachée au service du Dr Desmarest; ass. : N... ; externes : MM. Martinet (Pierre, Laham, Chapeyroux.

7. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Leroux; assistant de consultation : M. Brevet ; assistant adjoint : M. Chanel ; externes : MM. Grémont, Szyro-Majzezs.

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Hartmann ; assistant de consultation : M. Deschamps ; externe : M. Tibi.

9. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Detré ; assistant : M. Brennan.

P SAINT-LOUIS. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot ; assistant : MM. N. ; chefs de cliniques : MM. Seringe, de Graciansky, Meyer-Heine ; chefs de laboratoire : MM. Desgrez, Duché, Peyrel, Dechaume (attaché de stomatologie) : Mlle Eliascheff ; internes : MM. Basset (André), Lesca (Henri) ; externes : M. Brokser, Koifmann, Kuczenski, Couleru, Cahn (Léon), Isal, Mlle Duchamp, M. Gautier (J.-P.).

2. Médecin : M. Sézary ; assistants : N... ; chefs de laboratoire : N... ; internes : MM. Vernes (André), Teyssier (L.) ; externes : MM. Champagne (M.), Cuzin, Boursault, Lafourcade, Serres, Ponsar, Blintzowsky, Djuvara.

3. Médecin : M. Duvoir ; assistant : M. Pollet ; chef de laboratoire : N... ; interne : Mme Néret née Cauchy ; externe en premier : M. Durupt (Lucien) ; externes : MM. Demaugre, Fehrembach, Niégo, Mme Aginski, Choubrac.

4. Médecin : M. Touraine ; assistant : N... ; chefs de laboratoire : N... ; internes : MM. Audry (Mce), Soullard (J.) ; externes : MM. Bernard (Pierre), Gerbaux, Duthuit, Saint-Hilier, Jourdan-Laforte, Halberstaedt, Tricard, Legendre (J.), Tararine.

5. Médecin : M. Weissenbach ; assistants : N... ; chefs de laboratoire : N... ; internes : Mme Lamotte, M. Coblentz; externes : MM. Pellot (Cl.), Bignon, Szpidbaum, Medvedeff, Taïeb (Marcel), Lafourcade (André), Levine, Vossoughi, Mlle Narlian.

6. Médecin : M. Flandin, assistants : N... ; chefs de laboratoire : N... ; internes : MM. Thorel (François), Guillemin (G.), Grossiord (A.) ; externes : MM. Chilot, Combet, Rosenberg, Rosey (Jean), Patin, Ourceyre, Devaulx (J.), Noël (E.), Borja, Garnal.

7. Médecin : M. Tzanck ; assistant : N... ; internes : MM. Tardieu (Guy), Lefebvre (René) ; externes : MM. Pellet (Max), Mlle Woog, Taïeb (Roger), Bonnefis, Warmé, Mlle Aftalion, MM. Sebag, Rosenweig.

(*Transfusion*) : Externes : MM. Goltz, Chavarot.

8. Chirurgien : M. Picot ; assistant : M. Aurousseau ; internes : MM. Sayous (Ed.), Lenoël (J.), Mouton ; externes : MM. Dailheu, Smagghe, Arrighi de Casanova, Mlle Hesse, MM. Scherer, Auvert, Eltrich, Farcot.

9. Chirurgien : M. Bazy ; assistant : M. Blondin (Sylvain) ; chef de laboratoire : M. N... ; internes : MM. Guny (Didier), Nastorg (André), Le Picard (Jean) ; externes : MM. Devraigne, Ramadier (J.), Mlle Ravet, MM. Alison, Bonici, Mlle Bett, MM. Ryckewaert (A.), Delouche (H.).

10. *Consultation.* — Médecine : M. Michon ; externes : MM. Malange, Calmanovici, Dukermann, Allende, Cauvin.

11. Chirurgien : M. Moure ; assistant : M. Patel (Jean) ; internes : MM. Guenon des Mesnards, Mousseau, Reignier, Orfali (à titre étranger), externes : Mlle Quéret, MM. Guio, Ben-Hamou, Renaud (Cl.), Le Forestier, Meker, Choffel, Dessertennes.

12. Chirurgien : M. Michon ; assistant : M. Garcin ; internes : MM. Loiseau (James), Beaufils ; externes : MM. Bochenek (M.), Leib.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Bouchet, assistant du service : M. Bourdial ; assistant de consultation : MM. Broutman, Le Pavec ; interne : M. Debain (Jean) ; externes: MM. Jourdain, Derooz, Mlle Lauer, Sevaux, Azaiz.

14. *Ophtalmologie.* — M. Coutelas ; assistant du service : Mme Weissmann-Netter ; assistant suppléant du service : M. Chappé ; assistant de consultation : M. Masson ; interne : M. Horvilleur ; externes : MM. Bastard (J.-J), Mathé, Wittrant.

15. Accoucheur : M. Lemeland ; assistant : M. Bidoire ; internes : MM. Blancard, Ternier (Alexandre) E. P. ; Bessière (Maurice) E. P. ; externes : MM. Samie, Roux (Michel), Bonnet (Jacques), Guéroult (Albert), Rozenblum (S.).

16. *Consultation.* — Chirurgie : M. Chifoliau ; assistant : M. Boisseau-Roland ; externes : MM. Galopeau, Van Quacthem, Guez.

17. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Schaeffer ; adjoint : M. Friez ; assistant : M. Fromaigeat ; externe : M. Flouquet (Raymond).

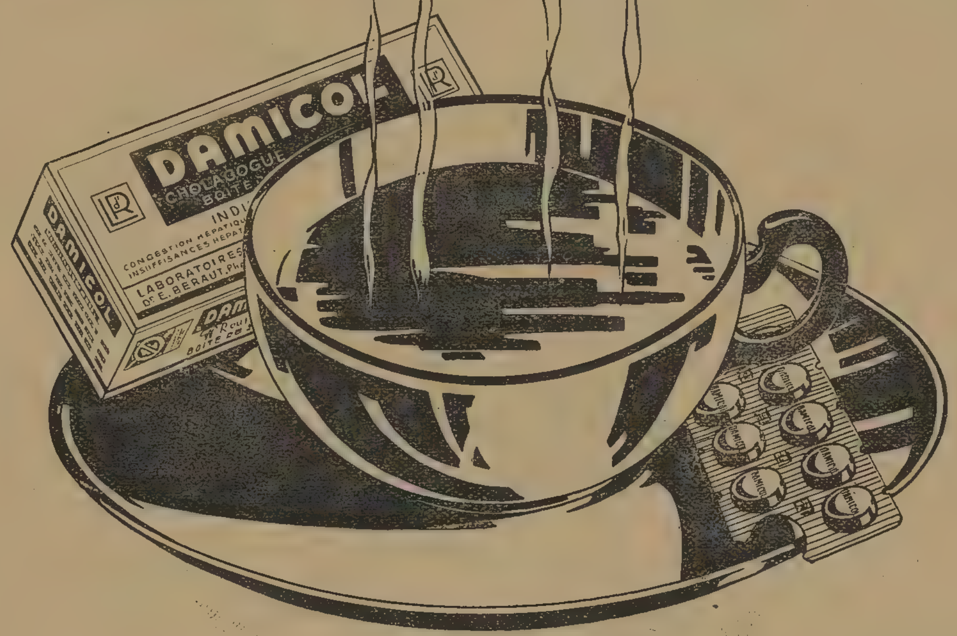
18. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Belot ; chefs adjoints : MM. Nadal, Penteuil ; assistants : MM. Buhler, Puyaubert, Giraudeau, Pizon, Duchamp, Salaun ; préparateur radiothérapie : M. Juster ; attaché d'Electro : M. Lemerle ; externes : MM. Neveux, Dumay, Lebettre.

19. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Babonneix ; assistant : M. Prieur ; internes : MM. Lacome (Jean), Horeau (Jean) ; externes : MM. Spriet, Legendre (Jacques), Muller (Jean), Mintz, Gandelon, Seibel, Tola.

20. Chirurgien : M. Boppe ; assistant : M. Garnier ; internes : MM. Lataix (Pierre), Joly (Antoine), Vincent (Max) ; externes : MM. Legrand (René), Mlles Kletter, Thiédot, Thierry-Mieg, M. Velter-Marie (Yves), Mlle Lecour.

21. *Consultation d'orthopédie.* — M. Boppe ; assistant : M. Sabourin.

Q BROCA. 1. Chirurgien : M. le prof. Mocquot ; assistant : M. Monod (Raoul) ; chefs de clinique : MM. Longuet, Filhouland ; chefs de laboratoire : MM. Moricard, Palmer ; préparatrice : Mlle Gothie ; internes : MM. Jamain, Saks, Fréret ; externes : Mlles Fommarty, Chiche,


DAMICOL
CHOLAGOGUE

MM. Corbineau, Collard (André), Mlles Magallon-Graineau, Orsoni (S.).

2. Chroniques. — Interne : M. Fronville ; externes: Mlle Alhine ; MM. Mercier (Maurice), Mabille (Bernard).

3. *Consultation de dermato-vénéréologie.* — Médecin : M. Kaplan ; assistant : N. ; externe en premier : M. Ruel (Henri) ; externes : MM. Gamard, Pouget (M.), Berille, Beyer, Seibel (Henri), Anghert.

4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Thoyer-Rozat ; assistant : M. Pulsford ; externe : M. Perroy, élève f. f.).

R MATERNITÉ. — 1. Accoucheur : M. Metzger ; assistant : M. Couinaud ; professeur des cours : M. Metzger ; professeur adjoint : M. Suzor ; aide de clinique : N. ; internes : MM. Liénard (Jean), Hermann (Jean) ; externes : Mlle Mirès, M. Leca, (Jean), Mlle Lécuyer.

S BAUDELOCQUE. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire ; assistant : M. Lacomme (Maurice) ; chefs de laboratoire : MM. Girand, Sureau ; chefs de clinique : MM. Coen, Ronchy ; attaché médical : M. Laporte ; interne : M. Hanoun (Fernand) ; externes : Mmes Schermann, Bénétaud, MM. Colbert (J.), Bloch (Jacques); Delalieux, Louin, Mlle Brissy (Suzanne).

Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Petit (Charles).

T HÔPITAL DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT TARNIER. — 1. Accoucheur : M. le prof. Jeannin ; chefs de clinique : MM. Lanthier, Barbier, Richard ; chefs de laboratoire : MM. Meitès, Merger ; interne : M. Douville (Jean); externe en premier : M. Leprat (Serge) ; externes : MM. Berrier, Bernager, Thiébot (Pierre), Mlles Ghitza, Guy.

U CLAUDE BERNARD. — 1. Médecin : M. le prof. Lemierre ; assistant : N. ; chefs de clinique : MM. Brocard, Netter, Conte, Israël ; chef de laboratoire : M. Reilly ; internes : MM. Taveau (Pierre), Aussanaire, Zarachovitch (Marcel), Droguet ; externes : Mlles Dufresne, Brouillet, MM. Lebel (Jean), Bally, Fresnel, Rainaut, Bouttier (Daniel), Attal (Haïm), Estève (Pierre), Sissmann, Mme Filhoulaud, Mlle Bourbon, MM. Dausset (Pierre), Gibert (Jean), Béna (Michel).

2. Médecin : M. Marquézy ; assistant : Mlle Ladet ; internes : MM. Hacker, di Mattéo (Jean) ; externes : Mlles Loiseau, Mirabail, MM. Marche (Jean), Chapelet, Bergeret (Marc), Devaux (Maurice), Goust, Blondé (André).

3. *Bactériologie de secteur.* — Chef de laboratoire : M. Reilly (James).

4. *Electro-radio.* — Assistant : M. Charpy.

5. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Chatellier ; interne : M. Courtenay-Mayers E.P. ; externe : M. Galand (Maurice).

V TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Paisseau ; assistant : M. Patey ; interne : M. Combes (André) ; externes : MM. Sevestre, Lévy (E.-J.), Nguyen-Khac-Vien, Marchal, Picot (Henri), Bouyssi (F.), Roux (J.), Coudurier.

2. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Paisseau ; interne : M. Rouzaud (Marcel).

3. Médecin : M. Cathala ; assistant : M. Laplane ; internes : MM. Walther (Roger), Clerc (René) (à titre étranger); externes : Mlle Séror, M. Vialard-Goudon, Mlles Jeanperrin, Tostivint, M. Denis, Mlle Morin.

4. *Contagieux.* — Médecin : M. Cathala ; interne : M. Boulenger (Pierre).

5. Chirurgien : M. Sorel ; assistant : M. Guichard ; internes : Mme Rie, Mlle Mendras ; externe en premier : M. Enel (Jacques) ; externes : Mlle Cercus, Mlle Moday, MM. Laurent (Pierre), Delpuech, Mlle Rabut, Mme Krajevitch, MM. Loubry, Denis (Paul).

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Rouget ; adjoint : M. Lemariey ; assistant du service : M. Hamelin ; assistant suppléant : M. Vachey ; assistants de consultation : MM. Sergent, Maillard ; assistant adjoint de consultation : M. Sachnine ; interne : M. Toufesco ; externes : Mme Vincent, MM. Serrex, Brill (Marius), Charuel, Lion.

7. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Clément ; assistant : N. ; interne : M. Gerbeaux (Jacques) ; externes: Mlle Longeaux (Suz.), MM. Thierry (J.-M.), Dominguez y Gonzalez, Staïgé, Foulon (J.).

8. *Ophtalmologie.* — M. Favory ; assistant de consultation : M. Héran ; externes : M. Marcotte, Mlle Bertrand, élève.

9. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lemerle ; adjoint : M. Cauhépé ; externe : N...

10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Guénaux ; assistant : M. Damond.

11. *Bactériologie de secteur.* — Chef de laboratoire : M. Rouquès (Lucien).

12. *Service temporaire de coqueluche.* — M. Paisseau ; externes : M. Casalta.

W BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Grenet ; assistant : M. Isaac-Georges ; interne : M. L'Hirondel ; externes: MM. Carton, Fénéon, Dufour (M.), Vialle, Klein (Michel), Mme Aupinel (née Tavernier).

2. Médecin : M. Milhit ; assistant : M. Fouquet ; internes: Mme Cornet, Mlle Eyraud ; externes : MM. Mouzon, Dubel (Guy), Prestot (Jean), Mlle Meslin, MM. Le Floch, Piérart, Mlle Ferrié.

3. Chirurgien : M. Leveuf ; assistant : M. Petit ; internes : MM. Boissonnat (Pierre), Adam, Dufourmentel ; externes : M. Hirsch, Mlles Lévy, Nattan-Larrier, MM. Decroix, Duprey, Mme Fayol, M. Coupaye, Mlle Rozenberg, M. Manny

4. Accoucheur : M. Desnoyers ; assistant : N. ; internes : MM. Thoyer-Rozat (Jean), Viguié (Roger) ; externes : MM. Pouponneau, Lehec, Morilière, Vasquez, Girod (R.), Mlle Feine (Suzanne).

5. Consultation. — Médecine : M. Pichon ; assistant : M. Mouchotte ; interne : M. Bertrand (Jean) ; externes : MM. Baudry, Eydieux, Hébert (Maurice), Simon (Georges), Pradelle.

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Lallemant ; assistants de consultation : MM. Boëlle, Daudier ; externes : MM. Dailly (Robert), Cohen (Alb.), Deguel (Ed.), Piarrat.

7. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Izard.

8. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Lomon ; assistant : M. Crémer (f. f.) ; chef adjoint : M. Méry (f. f.) ; externe : M. Messer.

X HÉROLD. — 1. Médecin : M. Debré ; assistant : M. Marie (Julien) ; interne : M. Camus (Pierre) ; externes : Mlle Noufflard, MM. Flandin (F.), Delanoé (Guy), Wolman, Pelbois (J.), Hertz, Mme Fauvert.

2. Médecin : M. Huber ; assistant : M. Florand ; interne: M. Lajouanine ; externes : M. Mariage (Gérard), Mme Decouflé, Mlle Wetzlar, MM. Woimant, Pardon, Le Bihan.

3. *Consultation.* — Médecine : M. Lamy ; assistant : M. Sée ; interne : M. Lévy (François) ; externes : MM. Bertrand (Victor), Noal (Pierre), Perier (Roger), Faisler, Chadoutand.

4. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Ombrédanne ; assistant de consultation : M. Le Jemble ; externes : MM. Gibrat, Roux (G.), Sirot (J.).

5. *Stomatologie.* — M. Lacaisse.

6. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Renard ; assistant de consultation : N...

7. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Piot.

8. *Bactériologie de secteur.* — Chef de laboratoire : M. Marie (Pierre) ; assistants : MM. Duval, Mignon ; externe : M. Krakowsky, élève.

Y MAISON DE SANTÉ. — 1. Médecin : Mme Bertrand-Fontaine ; assistant : N... ; interne : M. Ben-Haïm ; externes : MM. Dubois (Jacques), Eliachar, Stévenin (Laurent).

2. Chirurgien : M. Moulonguet ; assistant : N. ; externes en premier : MM. Tran-Van-Hoa, Reynaud (Jean) ; externes : MM. Durand (Mce), Lévy (Léon-Louis), Constant (Michel), Burgot.

3. *Electro-radiologie.* — Chef adjoint : M. Rebuffet, assistant (f. f.).

Z ENFANTS ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet ; assistant : M. Lelong ; chefs de clinique : MM. Bernard, Delort, Tanret, Rossier ; chef de laboratoire : M. Detrois ; préparateur : Mme Wertheimer ; internes : MM. Vermenouze (Pierre), Vialatte (Jacques) ; externes : MM. Bourgeaud (L.), Bouygues, Mme Cachin, Mlle Sokolski (N.), M. Desjeux, Mlle Benezit, M. Descubes.

2. Chirurgien : M. Martin ; assistant : M. Buquet ; internes : Mlle Provendier, M. Viguié (Roger) ; externes : MM. Leibovici (Marcel), Brami, Mlles Rosenthal, Merle, M. Benmoussa.

3. Accoucheur : M. Vignes ; internes : MM. Brault (Albert), Demassieux (J.-L.) E. P. ; externes : MM. Jacquemin (H.) Salinesi, Lardy, Villebrun.

4. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Aimé ; assistant : M. Mainguy ; externe : Mlle Laemmer.

5. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Dechaume ; assistant : Mme Davi.

Aa BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Moreau ; assistant : M. Deparis ; internes : MM. Dubois (Jacques), Temime (Pierre), externes : MM. Cain, Le Lorier, Mme Temime, MM. Pialoux, Couade, Biaggi, Routier (Michel), Cardon (P.), Chauvisé, Chabert (R.).

2. Médecin : M. Alajouanine ; assistant : M. Thurel ; internes : MM. Mozziconacci, Bouvier (J.-B.), externes : MM. Sclafer (Jacques), Champeix, Mlle Gravelat, MM. Aritzia, Conge, Mlle Raymond.

3. Médecin : M. Paraf ; assistant : M. Klotz (Boris) ; interne : Mlle Meunier ; externes : MM. Boulbien, Cacault, Deribreux, Defèse, Mlle Maureil-Deschamps, Cohen (Gunther).

4. *Service d'aliénés.* — Médecins : MM. Camus et Maillard ; externe en premier : M. Michon (Jacques) ; externes : N...

5. Chirurgien : M. Toupet ; assistant : M. Mouchet ; internes : MM. Rougier (M.), Campagne (J.), Ronsin ; externes : Mlle Huguet, MM. Le Tan-Vinh, Arondel, Paraf (André), Genesseau, Ripart, Baud.

6. *Consultation.* — Chirurgie. — M. Toupet ; externes : M. Pouchol, Mlle Aitoff, M. Boulay, Mlle Médioni.

7. *Consultation.* — Médecine : M. Moreau ; externe en premier : M. Blancard (Jacques).

8. ....

9. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lattes.

10. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Aubry ; assistant de consultation : M. Sauvain.

11. *Ophtalmologie.* — M. Parfonry ; assistant de consultation : N...

12. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Dariaux ; chef adjoint : M. Cassan ; externe : M. Arnavielhe.

13. *Service temporaire de médecine* (*chroniques*). — M. Paraf ; externes : MM. Cohen (Albert), Russak.

14. *Service temporaire de médecine générale d'adultes.* — M. Paraf ; externes : M. Vincens, Mlle Berthon, MM. Doutriaux, Dupin-Girod.

Ab SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain ; chefs de cliniques : MM. Gabriel, Messiny, Aubrun, Salles ; chefs de laboratoires : MM. Lereboullet, Bertrand, Ribadeau-Dumas, Mathieu, Bernon ; internes : MM. Tiffeneau (R.), Piton (J.-L.), Mme Thaon (née Erémia) ; externes : MM. Joly (Jean), Muller (François), Bertier (J.), Dupuy (Michel), Chateau, Schuster, Cousin, Sirot (J.).

2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; assistant : M. Chabrun ; internes : Mlle Lindeux, Mme Martrou ; externes : M. Lamy (R.), Mlle Weinberg, MM. Maurice, Mselati, Mlle Weisbrod.

3. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; assistant : M. Cahen (Robert) ; interne : M. Costa ; externes : MM. Moullec, Lavarde, Pichot de Champfleury, Jouhannaud, Ulmann (J.).

4. Médecin : M. Lévy Valensi ; assistant : M. de Sèze ; internes: MM. Péquignot, Zivy; externes: Mme Klotz, MM. Zaoui, Kamarover, Lenher.

5. Médecin : M. Levesque ; assistant : M. Perrot ; internes : Mlle Mage, M. Rault (A.) ; externes : M. Caplier, Mlle Faillebin, M. Fitsch, Mlle Verron, M. Roeswiswald, Mlle Masson, MM. Sichère, Fleury (Louis).

6. Chirurgien: M. le prof. Gosset; assistants: MM. Funck-Brentano, Gosset (Jean) ; assistants médicaux : MM. Jahiel, Piquet ; chefs de clinique : MM. Chigot, Chevallier, Velez, Benassy, Sautter ; chefs de laboratoire : Mme Delauney, M. Rouche ; internes : MM. Nordmann, Debeyre (Jean), Billard ; externes : Mlle Kremmer, MM. Aurousseau, Beugnon, Rongier, Torre, Boudot, Lamy (Jules), Andricq, Berger (Michel).

7. Médecins : MM. Vurpas, Barbé ; externe en premier : M. Hagège ; assistant : M. Aubrun.

8. *Electro-radiologie.* — 1° Service central : M. Bourguignon ; chef adjoint : M. Beau ; assistants : MM. Humbert, Mathieu, Djian ; externe : M. Deniziant ; interne : M. Moricheau-Beauchant (Albert) ;

2° Laboratoire central de radiographie. — chef : M. Ledoux-Lebard ; adjoint : M. N. ; assistant : N. ;

3° Centre anti-cancéreux. — M. le prof. Gosset ; assistant de curiethérapie : M. Wallon.

9. *Premier service temporaire.* — Médecin : M. Mollaret ; externe en premier : M. Blanc (Guy) ; externes : MM. Radzievsky, Sarfati, Rahmani.

10. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologie : M. Guilly ; adjoint : M. Gencel ; assistants : MM. Mercat, Gère.

11. *Clinique chirurgicale.* — M. Petit Dutaillis ; assistant neurologiste : M. Sigwald ; interne : M. Klotz (Pierre) ; externe en premier : M. Tubiana (Raoul) ; externes : M. Deniker (Pierre), Mlles Saloff, Pozerski, Trilling.

Ac IVRY. — 1. Médecin : M. Coste ; assistant : M. Morin ; internes : Mlle Grumbach (R.), M. Seviléano (à titre étranger) ; externe en premier : M. François (A.) ; externes : MM. Queneau, Mlle Bottin.

2. *Chroniques et admissions.* — Externes : Mlle Réau, M. Barbet (Eugène).

3. 1er *Service temporaire.* — Médecin : M. Michaux ; externe en premier : M. Lelièvre (Jean) ; externes : MM. Michiels, Faurel (Jean).

4. 2e *Service temporaire.* Médecin : M. Coste ; externe en premier : M. Nehlil ; externes : MM. Gauliard, Perrimond, Rosenwald (G.), Vigoureux, Touret (G.), Cartier (J.).

5. Chirurgien : M. Métivet ; internes : MM. Léandri (L.), Raynaud (H.), Crépin (Guy) E.P. ; externes : MM. Maurin, Baranger, Parrot.

6. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Pestel ; chef adjoint : M. Delapchier ; interne : N. ; externes : N.

7. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Ramadier ; assistant de consultation : M. Baron.

8. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Mesnards.

Ad MÉNAGES. — 1. Médecin : M. Brodin ; assistant : M. Aubin ; interne : Mlle Rist ; externes : MM. Gosselin (Max), Aublin, Laborderie-Boulou, Dumas (Michel), Friedel (P.).

2. Chirurgien : M. Madier ; assistant : M. N. ; internes : MM. Sagaut (Pierre), Frebet (Henri), Stefani ; externes : MM. Sauvegrain, Ricordeau, Weil (Paul), Labat, Fondeville, Mathieu de Fossey, Mlle Genty.

3. *Electro-radiologie.* — Assistant : Mme Tedesco.

Ae LA ROCHEFOUCAULD. — 1. Médecin : M. Kudelsky ; assistant : N. ; interne : N. ; externe en premier : M. Hemeury (Jean) ; externe résident : M. Smilovici.

Af DEBROUSSE. — 1. Médecin : M. Garcin ; interne : M. Jacquet (André).

Ag BERCK HÔPITAL MARITIME. — 1. Chirurgien : M. Richard ; internes : Mlles Kahn, Moreau (Jacqueline), Fossier (Jeanne) E. P. ; assistants : MM. Delahaye, Allard (L. ; externes : MM. Giret, Le Naour, Hirsch, Gougerot (Jean).

2. HÔPITAL LANNELONGUE. — Chirurgien : M. Richard ; assistant : M. Bouquier ; interne : M. Hervet (Emile) E.P. ; externes résidents : M. Lenormand (Ed.), Richard (H.).

3. *Electro-radiologie.* — M. Parin ; adjoint : M. N.

Ah BRÉVANNES. — 1. Médecin : M. Renaud ; interne : M. Alhomme ; interne (concours spécial) : M. Cœuillez.

2. Médecin : M. Bourgeois ; interne : Mme Weil (née Heulot) ; internes (concours spécial) : M. Genthon, Mlle Lécuyer, MM. Didier, Tahar, Tronc.

3. Médecin : M. Chevalley ; interne : M. Bourdin (J.) ; internes (concours spécial) : M. Lemanissier ; médecins assistants de l'hospice : MM. Clément, Thiel, Chauveau, Loireau, Petit-Maire, Lerond, Mmes Bourgeois, Boquet, MM. Coulaud, Boissonnet, Lagaillarde.

4. *Electro-radiologie.* — Assistant : M. N.

5. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Nespoulous ; assistants : MM. Frack, Vallat.

6. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Huet ; assistant : M. Gisclard.

Ai SAINTE-PÉRINE. — 1. Médecin : M. Cachera ; interne (concours spécial) : M. Bourdeau.

Aj CHARDON-LAGACHE. — 1. Médecin : M. Cachera ; interne (concours spécial) : M. Maillard (Claude).

Ak HENDAYE. — 1. Médecin : M. Morance ; internes (concours spécial) : MM. Faingold, Ghelber, élève.

Al CHAMPROSAY. — 1. Médecin titulaire : M. Nouvion; médecin assistant : M. Calamy ; internes (concours spécial) : MM. N...

2. *Sanatorium Champcueil.* — Médecin : M. Even ; assistant : M. Pigeon.

3. *Sanatorium Labruyère.* — Médecin : M. Fourès ; assistants : MM. Durel, Pellier.

4. *Ooto-rhino-laryngologie.* — M. Huet ; assistant : M. Gisclard.

Am ASILE SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. le prof. Claude ; chefs de clinique : MM. Le Conte, Longuet, Mme Le Conte ; (cl. neuro-psychiatrie) : MM. Durand, Stora ; chefs de laboratoire : MM. Cuel, Bonnard, Blondel, Lehmann, Dubar, Duflot, Piot, Rubenoviteh, Mme Michon ; externes : Mlle Dupont (E), M. Bendit.

2. *Electro-radiologie.*

3. *Consultation de stomatologie.*

An SANATORIUM D'ANGICOURT. — 1. Médecin : M. Buc; assistants : MM. Ronce, Hanrion.

Ao SANATORIUM DE SAN SALVADOUR. — 1. Médecin : M. Fohanno ; adjointes : Mme Benoit (née Jean), Mlle Roussy.

Ap GALIGNANI ET BELŒUIL. — 1. Médecin : M. Maréchal ; adjoint : M. N...

Aq LA RECONNAISSANCE. — *Fondation Brézin.* — 1. Médecins : MM. Weissmann (Robert), Kourilsky (Raoul).

Ar FONDATION PAUL MARMOTTAN. — 1. Médecin : M. Thalheimer ; chef adjoint électro : M. Dupouy (assistant f. f.) ; externes : MM. Le Cain, Thévenin, Ballade.

As LA RECONNAISSANCCE ET LA FONDATION DAVAINE. — 1. Médecin : M. Mutel.

At GARCHES (*Hôpital Raymond Poincaré*). — 1. Médecin : M. Weismann (Robert) ; assistant : M. Lévy (Maurice) ; interne : M. Saltet de Sablet E.P. ; internes (concours spécial) : MM. Desclaux (Pierre), Sriber, Postel-Vinay.

2. Médecin : M. Kourilsky ; assistant : M. Regaud (Jean); interne : Mlle Antoine ; internes (concours spécial) : M. Dugrenot, Mlles Spach, Rémond.

3. *Oto-rhino-laryngologiste.* — M. Huet.

4. *Ophtalmologiste.* — M. Dollfus.

5. *Assistant d'électro.* — M. Goubert.

6. *Amphithéâtre d'anatomie.* — Directeur scientifique : M. Braine ; conservateur du musée : M. Jullien.

7. *Histologie d'anatomie pathologique.* — Chef de laboratoire : M. Nicaud.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LA PONCTION DU PÉRICARDE

par M. L. BABONNEIX

Avant 1870, tout essai d'évacultion du péricarde commençait par l'incision, couche par couche, de tous les plans d'un espace intercostal jusqu'au feuillet pariétal du péricarde : l'opérateur pénétrait alors par un procédé variable selon les cas, mais dont les résultats étaient généralement désastreux.

A partir de 1870, c'est-à-dire après la découverte de l'inspiration par Dieulafoy, on abandonne presque complètement l'incision et on lui susbtitue la ponction, opération non sanglante, non choquante, de courte durée, dont le Prof. Marfan, dans une récente monographie, examine, avec son habituelle clarté, la technique, les avantages et les inconvénients (1).

Les divers *procédés de paracentèse du péricarde* sont :

1° Le *procédé extra-mammaire gauche de Dieulafoy*, où la plus petite aiguille de l'aspirateur Dieulafoy (2) est enfoncée, la fiche en main, dans le 5e espace intercostal gauche, à 6 cm. du bord gauche du sternum, chez l'adulte. On la pousse lentement d'avant en arrière, et dès que le liquide s'écoule, on la fait basculer pour lui donner une direction presque parallèle à la face antérieure du corps. Le seul avantage du procédé est d'éviter la blessure des vaisseaux mammaires internes, mais le trocart traverse parfois la plèvre gauche et même le bord antérieur du poumon : il n'évite même pas sûrement la blessure du cœur, lorsque celui-ci est très dilaté ;

2° Le *procédé sous-apexien*, réglé récemment par M. Constantinesco, qui consiste à ponctionner le péricarde à travers un espace intercostal gauche, en un point situé au-desous de la pointe du cœur. Il est choisi, dans chaque cas, d'après deux données : 1° l'endroit où bat la pointe du cœur ; 2° la limite de la matité au-dessous de cet endroit.

Le malade étant placé dans le décubitus latéral gauche, on détermine, par la palpation, le lieu où l'on sent battre la pointe. Puis on percute au-dessous et on trouve la ligne qui sépare la matité cardiaque de la sonorité stomacale. On enfonce l'aiguille au-dessous de la pointe et un peu au-dessus de la limite inférieure de la matité. D'après M. Constantinesco, l'opération est aisée et évite sûrement la blessure des vaisseaux mammaires internes ; elle offre moins de risque de blesser le cœur que la technique de Dieulafoy. C'est à elle qu'il faut recourir lorsque le point sous-apexien peut être nettement fixé et qu'il est situé à une distance suffisaunte de la limite inférieure de la matité (Marfan) ;

(1) A.-B. MARFAN. La ponction du péricarde, en particulier par voie épigastrique sous-xiphoïdienne, Paris, 1938, in-16, Masson et Cie, éditeurs. Collection Médecine et Chirurgie.

(2) A laquelle on substitue aujourd'hui les aiguilles munies de mandrins.

3° Le *procédé para-sternal gauche* de Delorme et Mignon, où l'on introduit l'aiguille dans le 6e escpace intercostal gauche, au ras du sternum, et avec lequel on risque de blesser le cœur et la plèvre ;

4° Le *procédé parasternal direct* (Thomas M. Rotchs), passible des mêmes critiques ;

5° Le *procédé axillaire* (Cassaët, Lucy Porter Suthon), trop récent pour qu'on puisse encore le juger ;

6° Le *procédé de ponction par voie épigastrique sous-xyphoïdienne*, qui consiste à pénétrer dans le péricarde par l'épigastre en passant derrière l'appendice xyphoïde (Marfan, 1912, G. Blechmann, 1913).

Le manuel opératoire est simple : prendre une aiguille fine, longue de 0 m. 10, très légèrement recourbée, munie d'un mandrin, et montée sur une seringue, quand il s'agit d'une ponction exploratrice, du plus petit trocart de l'appareil Potain, très légèrement recourbé, lui aussi, quand il s'agit d'une ponction évacuatrice. Le malade est à demi-assis, la région épigastrique, désinfectée, le sommet de l'appendice xiphoïde, repéré. L'aiguille, dont la partie concave est tournée en avant, est enfoncée immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, sur la ligne médiane, et poussée légèrement de bas en haut ; à mesure qu'elle pénètre, on abaisse son extrémité externe vers la paroi abdominale, comme si l'on voulait raser la face postérieure du sternum : on pénètre ainsi dans le péricarde après un trajet de 0 m. 04 chez l'enfant audesous de 5 ans, de 0 m. 06 à 0 m. 07 chez l'adulte. On évite ainsi de toucher le péritoine, la plèvre, les vaisseaux mammaires internes, le cœur, et on arrive à l'endroit où est collecté l'épanchement. Cette opération a été effectuée, jusqu'à présent, 133 fois, dont 94 fois (70,6 %) sans incident.

Dans 5 cas, il y a eu blessure du cœur, que l'on aura toutes chances d'éviter si l'on a fait précéder la ponction évacuatrice d'une ponction exploratrice, et les deux, d'un examen minutieux du malade. L'écoulement de sang par le trocart ne signifie pas à coup sûr blessure du cœur, mais, peut-être, épanchement hémorrhagique du péricarde, dont le liquide est incoagulable, tandis que le sang venu du cœur se coagule rapidement.

La ponction épigastrique a été effectuée, soit en cas de péricardite tuberculeuse, soit chez le nourrisson. Mais il peut arriver que, quoique correctement effectuée, elle reste blanche : c'est, alors, que l'épanchement s'est collecté et plus ou moins enkysté en arrière du cœur, ou qu'il est constitué par du pus très visqueux et cloisonné par des fausses membranes épaisses et nombreuses; il faut alors recourir à d'autres techniques.

Ses *indications* sont donc :

1° D'ordre diagnostique : elle sera alors purement exploratrice ;

2° D'ordre thérapeutique, quand il existe un épanchement péricardique abondant.

Ses *contre-indications* sont :

1° Un tympanisme abdominal excessif ;

2° L'existence d'un thorax en entonnoir.

Il y a, par ailleurs, deux choses qu'on ne peut lui demander : d'évacuer un épanchement constitué par du pus très visqueux ou collecté, soit sur les parties latérales, soit en arrière du cœur; de guérir toujours la péricardite. Et pourtant, en évacuant l'épanchement, elle est toujours utile et parfois curatrice. Ajoutons que, dans beaucoup de cas, elle a permis de poser avec assurance l'indication de la péricardotomie et d'en régler le manuel opératoire. Notons, enfin, que toutes les fois qu'on soupçonne la coexistence d'un épanchement pleural et d'un épanchement péricardique, il faut d'abord ponctionner la plèvre et la vider aussi complètement que possible.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE LA RETRAITE POMARET

Les premiers mouvements de réaction contre le projet de retraite *obligatoire* Pomaret éclatèrent à l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris*, en juillet 1936 ; ces réactions qui soulevèrent le corps médical tout entier d'une part, et la presse politique et médicale d'autre part, sont dans toutes les mémoires.

Depuis cette époque les idées ont évolué, personne ne veut plus de retraite obligatoire, mais M. Pomaret est devenu ministre du Travail, ce qui lui a redonné une nouvelle influence. Aussi, a-t-on à nouveau pensé à lui pour qu'il crée une retraite *facultative* avec *versements obligatoires* par tous les médecins de l'âge de 28 ans à 65 ans.

Les sommes qui seraient remises annuellement au percepteur pour être ensuite confiées à un organisme financier professionnel seraient de l'ordre suivant :

3.000 francs par an de 28 à 35 ans, soit 24.000 fr. »
4.000 francs par an de 36 à 55 ans, soit 80.000 fr. »
3.000 francs par an de 56 à 65 ans, soit 30.000 fr. »

ce qui fait un total de .... 134.000 fr. »

Quant à la retraite envisagée, elle serait à partir de 65 ans de 25.000 fr. Evidemment, les jeunes médecins qui s'installent, fondent une famille et cherchent à se faire une place au soleil ne veulent pas entendre parler de pareil projet qui alourdirait terriblement leurs charges et leur enlèverait à 65 ans le droit d'exercer la médecine. De jeunes médecins des hôpitaux de Paris, des agrégés de la Faculté, des praticiens très connus de la Capitale, nous ont demandé de continuer la résistance et *de défendre la liberté d'exercice de la médecine* pour tout docteur en médecine français. Aussi, avons-nous procédé à de nombreuses enquêtes auprès d'actuaires parisiens des plus connus pour leur valeur technique et auprès de l'Administration des Finances et du Parlement.

***

Voici ce qui nous a été répondu :

Les Parlementaires N'AIMENT PAS le procédé qui consiste à vouloir leur imposer le vote d'une retraite uniforme pour des *non*-fonctionnaires faisant tous des bénéfices différents et réclamant des honoraires dissemblables ; en outre, ils se refusent à accepter le principe d'une retraite facultative et ils ajoutent en un style très politique : *ou la retraite des médecins sera obligatoire, ou elle ne sera pas !* Tel est l'esprit des parlementaires radicaux que nous avons consultés et qui forment actuellement l'axe de la majorité. Nous n'avons pas le droit de douter de leur parole. C'est pourquoi, une fois de plus, nous alertons les médecins français et les informons que *la retraite* (que d'aucuns désirent) *les supprimeront en tant que médecins*. Est-ce cela que la plupart d'entr'eux souhaitent ? *Nous ne le pensons pas,* car les 25.000 francs qu'on espère leur donner constitueront un bien léger revenu pour des hommes ayant été habitués à une existence nécessitant un budget bien supérieur à cette somme correspondant à peine à 4.000 francs-or.

Comment veut-on que des médecins ayant au minimum une famille (formée d'une femme et souvent d'enfants encore jeunes) puissent vivre *avec* 2.000 *et quelques francs par mois ?* Seront-ils obligés de se cloîtrer au milieu de leur cabinet en attendant la mort au coin du feu ?

Si les médecins avaient un peu réfléchi à ce qu'on leur prépare, ils n'auraient pas applaudi à l'annonce de ce mot magique de *retraite*. Et, *pour ceux qui n'ont pas réfléchi*, nous avons consulté les oracles ; que nous disent les oracles ?

La *Caisse Nationale des dépôts et consignations*, nous a fait connaître par la plume de son directeur ce qui suit : Pour des versements identiques à ceux qui sont envisagés au début de cet article, la Caisse peut verser à 65 ans deux types de retraite ; l'une à capital *aliéné de* 53.130 *francs* par an, l'autre à capital *réservé de* 35.375 francs par an. Dans le premier cas, si le titulaire meurt avant 65 ans, tout le capital qu'il a versé au préalable est acquis à la Caisse. Dans le second cas, les ayant-droit rentrent en possession de ce capital. De toutes façons, ces retraites sont *bien plus avantageuses* que celle projetée par M. Pomaret, et surtout elles laissent *le médecin en possession complète de son métier*. Il n'y a donc pas à hésiter : PAS DE PROJET POMARET ; l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris* n'en veut pas plus que la *Fédération Corporative des médecins de la région parisienne* qui vient de voter un ordre du jour d'opposition. Que les médecins adhèrent en masse à la retraite créée il y a 20 ans par l'*Association Générale des médecins de France* en liaison avec la CAISSE DES DÉPÔTS : cette retraite peut être de 30.000 francs par an et ne RETIRE A PERSONNE LE DROIT D'EXERCER. Enfin si l'épouse du médecin veut cotiser comme son mari, les deux conjoints peuvent avoir une retraite de 60.000 francs à eux deux. Que veut-on de plus ?

MAURICE MORDAGNE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 4 MARS 1939.

Sur l'activation des effets circulatoires des substances sympathomimétiques par la colchicite. — M. BUSQUET. La colchicine renforce l'action hypertensive de l'adrénaline et du principe sympathomimétique du genêt. L'activation porte également sur l'hypotension que provoquent les sympathomimétiques sur le chien yohimbiné. Cette hypotension, qui modère l'hypertension adrénalinique dans les conditions normales, n'existe pas chez le lapin, particularité qui explique pourquoi, chez lui, l'activation de l'hypertension est plus grande que chez le chien.

Préparation des membranes pour ultrafiltration sur entonnoirs à contre-sens. Quelques propriétés de ces membranes. — MM. A. BAUDOUIN et J. LEWIN décrivent le procédé de préparation des membranes en collodion acétique dont ils se servent dans leur appareil à ultrafiltration, pour désalbuminer différents liquides de l'organisme. Ils attirent l'attention sur l'influence des divers facteurs sur la perméabilité de ces membranes, et en particulier, du vieillissement, du chauffage à l'étuve à 64° et à l'autoclave à 120 %.

Ultravirus et fluorescence, méthode d'estimation numérique des corpuscules élémentaires de la vaccine. — M. C. LEVADITI décrit une méthode d'estimation numérique des corpuscules élémentaires du virus vaccinal, fondé sur la numération de ces corpuscules en présence d'un fluorochrome et en milieu fluorescent. Son exactitude autorise son emploi pour l'étude des rapports entre les variations quantitatives et qualitatives de ces corpuscules d'une part, leur nombre par unité de volume, d'autre part.

Dispersion bacillaire chez les tuberculeux pulmonaires et chez les sujets tuberculisés. — MM. A SAENZ et G. CANETTI ont étudié la dispersion bacillaire chez des sujets morts de tuberculose pulmonaire, et chez des individus simplement tuberculisés — hébergeant quelque part des cicatrices tuberculeuses de primo-infection ou de réinfection, mais exempts de toute maladie tuberculeuse, et décédés de causes très diverses.

Dans le premier groupe, 73 prélèvements furent effectués chez 16 malades ; 10 se montrèrent positifs et 23 négatifs ; les organes les plus souvent atteints furent les poumons, le foie, la rate, les reins et en dernier lieu, les muscles.

Dans le deuxième groupe, le nombre de sujets étudiés étant de 18 à l'exception d'un seul résultat positif concernant une inoculation pulmonaire, tous les fragments inoculés se montrèrent négatifs.

CONGRÈS

Sixième congrès biennal de l'Association International des Hôpitaux (Toronto-Canada, 19-29 septembre 1939). — Dans l'Association Internationale des Hôpitaux, quarante-trois pays sont actuellement représentés. Il en résulte que les échanges internationaux relatifs aux hôpitaux et à leur développement, ont été très fructueux pour tous. En effet, les progrès constatés, tant en ce qui concerne l'administration que le développement a subi l'heureuse influence des quarante Comités d'Etude de l'Association.

Le programme est actuellement complet. La préparation des documents nécessaires est presque terminée, les rapports des Comités d'Etude sont prêts à être distribués, et le programme tout entier promet d'égaler, de surpasser même, sous tous rapports, les Congrès précédents.

Cinq langues seront admises : anglais, français, allemand, italien et espagnol. En outre, des interprètes assisteront les congressistes pour les discussions.

Enfin, une démonstration remarquable des soins aux malades sera donnée par l'Association des Infirmières Canadiennes.

Convention de l'Association Américaine des Hôpitaux. — La grande Convention de l'Association Américaine des hôpitaux, sera en session du 23 au 29 septembre. Elle comprend 4 à 5 mille délégués venant de tous les Etats-Unis et du Canada, et ceci sera, pour ceux venant des terres lointaines et qui n'ont jamais eu le privilège d'assister à cette importante Conférence Annuelle, une attraction supplémentaire sans précédent. Tous les délégués présents au Congrès International pourront assister aux sessions de la Convention de l'Association Américaine des Hôpitaux. Sous un seul toit, plus de 2.000.000.000 de dollars d'appareils et d'équipement seront exposés par plus de deux cents compagnies.

Excursions. — Dès leur arrivée au Canada, les visiteurs seront accueillis par les membres du Conseil des Hôpitaux de Québec et de Montréal. Ils visiteront ces deux villes historiques. A Québec, ils visiteront le plus vieil hôpital de l'Amérique du Nord, et à Montréal, ils auront l'occasion de voir le fameux hô-

pital « Royal Victoria » ainsi que l'Université McGill. Une nuit de voyage les amènera à Toronto où ils seront reçus, par un Comité d'accueil facilitant un séjour profitable et inoubliable dans la « Ville Reine » du Canada.

Outre les sessions de la Convention, il y aura des dîners, la visite des hôpitaux, de l'Université de Toronto, du « Royal Ontario Museum », etc.

Des arrangements ont été faits avec la Compagnie du Chemin de Fer « Canadian Pacific » pour organiser des excursions aux chutes du Niagara, à Buffalo, à Detroit, à Cleveland, à Chicago, à Rochester et Washington. Toutes ces excursions se termineront à New-York, permettant de visiter l'Exposition Universelle.

Une *invitation spéciale* est adressée au personnel des Hôpitaux de France pour assister à une Convention qui promet d'être le plus grand Congrès de l'histoire pour les hôpitaux.

Les français se rendront nombreux sans nul doute à la cordiale invitation que leur adresse le « Local Arrangements Committe, I.H.A. et A.H.A.I. Conventions, Toronto, Canada ».

L'Hôtel « Royal York » sera le quartier général. Il est prudent de réserver ses places de bonne heure.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'hélio- et d'actinologie physique — biologie — thérapeutique. Rayons solaires ; ultra-violets ; infra-rouges sous la direction de Ch. BRODY (de Grasse). Collaborateurs : Aimes, Bastien, Bernhard, Biancani. Bordier, Brody, Collet, Dekeyser, Forgue, Gunzburg, M. d'Halluin, Huldshinsky, Jausion, Keller, Ledent, Linke, Léo, Mayoux, Meyer, Moure, Ory, Radnai. Rajka, Reyn, Rollier, Rosselet, Stoianoff. — Deux volumes format 16×25 cm., 1.540 pages, 618 figures et 42 tableaux, entièrement tirés sur papier couché. Prix : 440 fr. Maloine, édit., Paris.

Voici un ouvrage dont l'originalité n'est pas à signaler, puisque c'est le premier *Traité d'hélio- et d'actinologie,* non seulement en France, mais dans le monde entier.

Le traité de Brody comble heureusement une lacune existant jusqu'à ce jour. Il est :

1° une synthèse des connaissances actuelles ; 2° un exposé des tendances modernes.

Grâce à cette publication, le Corps Médical possède actuellement un ouvrage qui, tout en présentant toutes les notions théoriques nécessaires, est avant tout un livre éminemment pratique faisant l'inventaire des résultats acquis.

Ce travail expose à la fois les connaissances physiques, biologiques et thérapeutiques des rayons solaires, ultra-violets et infra-rouges.

Pour chaque partie du traité, le docteur Brody a fait appel à la collaboration des plus éminents représentants de chaque branche de la science actinologique. Ce sont des maîtres, des savants de notoriété incontestable, le plus souvent les auteurs ou promoteurs mêmes des méthodes, des techniques et des inventions qui ont rédigé chacune de ces parties.

C'est ainsi que l'histoire de l'héliothérapie est traitée par l'illustre doyen des héliothérapeutes, le docteur O. Bernhard, de St-Moritz.

Pour l'histoire de l'actinothérapie, personne ne pouvait être mieux désigné que le professeur Axel Reyn, de Copenhague, qui, malgré son grand âge, a bien voulu développer l'histoire authentique de l'actinothérapie, dont il a vécu et traversé chaque étape à côté de Finsen, son beau-frère.

Le regretté docteur Léo, apporte son dernier travail apportant ses découvertes importantes en rapport avec la chirurgie et la lumière.

Le professeur Rollier, explique le développement de la cure solaire à Leysin et donne sa technique.

Le docteur Huldschinsky, qui a découvert le traitement du rachitisme par la lumière, traite cette question.

Le professeur M. d'Halluin, médecin et physicien distingué à la fois, est le rédacteur de la partie physique et biologique.

Le professeur I. Gunzburg, président du Congrès et de l'Association internationale de physiothérapie, a écrit un chapitre magistral sur le rhumatisme et la lumière.

Les professeurs Forgue, Moure et Stoianoff, les gloires de la chirurgie française et bulgare, apportent des pierres angulaires à la construction d'un édifice nouveau : l'actinologie dans la chirurgie ; l'héliothérapie pouvant suppléer souvent l'intervention chirurgicale ou s'y adjoindre utilement.

Le professeur Aimes (de Montpellier), fait un exposé lumineux et objectif sur l'héliothérapie dans les affections non tuberculeuses, sur l'héliothérapie préventive et sur les accidents de l'héliothérapie.

Le docteur Brody, directeur scientifique du *Traité,* s'occupe de la partie clinique et thérapeutique, indique ses techniques héliothérapiques, ses cures de dépigmentation et de désaccoutumance, l'association de l'hélio- et de l'actinothérapie, l'application de l'héliothérapie perpendiculaire et des cures discontinues.

Les docteurs Rajka et Radnai, les promoteurs du traitement de la syphilis nerveuse par la lumière, dans un chapitre remarquable, mettent en valeur l'effet bienfaisant de l'actinologie dans la spécifité.

Les maîtres de la physiothérapie mondiale avec les professeurs et docteurs Aimes, Bastien, E. et H. Biancani, Bordier, Collet, Dekeyser, Gunzburg, Jausion. Keller, Ledent, Linke, Mayoux, Meyer, Ory, Rosselet, etc., se sont groupés autour du drapeau de l'actinologie et donnent à cet ouvrage une valeur didactique, scientifique et pratique exceptionnelle.

L'illustration est particulièrement soignée, plus de 600 clichés rendent l'ouvrage vivant et montrent les beaux résultats thérapeutiques que l'hélio- et l'actinothérapie donnent en médecine infantile, dans la tuberculose ostéo-articulaire, ganglionnaire, viscérale et en dermatologie.

Ce traité ne s'adresse pas seulement aux spécialistes, c'est également un livre indispensable pour les médecins omnipraticiens.

Des variations immunitaires aux infections tuberculiniques en fonction du terrain, par Michel GROENEN, 1939. — Un volume in-8 de 68 pages avec 21 figures : 20 fr.

Anatomie et histologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme, par A. HOVELACQUE, professeur à la faculté de médecine de Paris, chef des travaux d'Anatomie et Jean TURCHINI, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — Un vol. in-4° de 310 pages avec 180 figures dans le texte : 260 fr. G. Doin, édit., Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

INDEX ALPHABÉTIQUE DU CLASSEMENT HOSPITALIER

N° 43. — MERCREDI 31 MAI 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INDEX ALPHABÉTIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences. — Académie de médecine.

NOTES POUR L'INTERNAT.
L'artère hépatique, par M. M.-H. SERVELLE *(suite)*.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Jury du 2e concours de nomination de Médecin des Hôpitaux :* MM. les les Docteurs : Crenet, Cathala, Et. Bernard, Fiessinger, Faure-Beaulieu, Paraf, Rathery, Heuyer, Debré, Lardennois.

Hôpitaux psychiâtriques. — M. le docteur Baujard, médecin-chef de service à l'hôpital psychiâtrique de Vauclaire (Dordogne), a été nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiâtrique du Vinatier (Rhône).

Concours de médecins des hôpitaux psychiatriques. — Le jury du concours de médecins des hôpitaux psychiatriques, qui se tiendra le 5 juin 1939, est constitué comme suit:

Président.

M. le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs.

Membres.

M. le docteur Porot, professeur à la faculté de médecine d'Alger.

M. le docteur Menuau, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

M. le docteur Senges, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse.

M. le docteur Lassale, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auch.

M. le docteur Privat de Fortunie, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Maréville.

Mlle la doctoresse Morel, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Rouen.

M. Leveque, chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance.

Jurés suppléants.

M. le docteur Dublineau, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

Mlle la doctoresse Pelissier, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu.

M. Chassagnot, sous-chef du 1er bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance, remplira les fonctions de secrétaire administratif du jury.

Facultés de médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. *Section de physiologie.* — Jury: Président: M. Léon Binet, MM. Polonowski, Hermann, Combemale, Santenoise, Wangermez.

Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 20 mai:

M. Liard (Bordeaux): « Les mécanismes physique et chimique des échanges gazeux pulmonaires ».

M. Franck (Nancy): « Physiologie des racines rachidiennes ».

M. Richard (Paris): « Les fractures endocriniennes de la croissance ».

Séance du 21 mai:

M. Baisset (Toulouse): « Les excitants de la secrétion gastrique ».

M. Grandpierre (Nancy): « Etude physiologique du métabolisme de base ».

M. Jourdan (Lyon): « Propriétés physiologiques du muscle cardiaque ».

Leçon d'une heure. Séance du 23 mai:

M. Grandpierre (Nancy): « Les mécanismes de la vaso dilatation ».

M. Jourdan (Lyon): « Physiologie de la cortico-surrénale ».
M. Franck (Nancy): « Les synergies digestives ».
M. Bizard (Lille): « Les facteurs nerveux de la glycorégulation ».
M. Richard (Paris): « La lutte contre la chaleur ».

Séance du 24 mai:
M. Liard (Bordeaux): « Conceptions actuelles sur la transmission de l'excitation nerveuse ».
M. Petiteau (Bordeaux): « La physiologie des glandes parathyroïdes ».

Section de médecine générale. — Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 24 mai:
M. Sarrouy (Alger): « Tumeurs de la région de la selle turcique ».
M. Briskas (Etranger): « Méningite tuberculeuse de l'enfant ».
M. Thiodet (Alger): « Symptômes et diagnostic de l'endocardite maligne lente ».
M. Houche (Lille): « Colique hépatique ».
M. Dubarry (Bordeaux): « Complications des oreillons ».
M. Géraud (Toulouse): « Œdème aigu du poumon ».
M. Vachon (Lyon): « Symptômes et diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques ».

Séance du 25 mai:
M. Fassio (Montpellier): « Pneumonie caséeuse ».
Mlle Gauthier-Villars (Paris): « Symptômes et diagnostic des artérites des membres inférieurs ».
M. Merklen (Paris): « Intoxication aiguë par les barbituriques ».
M. Mas (Montpellier): « Formes cliniques de la spirochétose hémorragique ».
M. Brouet (Paris): « Cancer de la tête du pancréas ».
M. Tison (Lille): « Arthropathies du tabes ».

Séance du 26 mai:
M. Boury (Lille): « Diagnostic des néoplasies du foie ».
M. Serre (Montpellier): « Diagnostic des cyanoses ».

Section de chirurgie générale. — Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 22 mai:
M. Patoir (Lille): « Epanchements sanguins traumatiques intracraniens ».
M. Grimoud (Toulouse): « Tumeurs mixtes de la parotide ».
M. Escarras (Aix): « Hémothorax traumatique ».
M. Macquez (Lille): « Cancer du colon droit ».

Séance du 23 mai:
M. Virenque (Toulouse): « Les ostéomes traumatiques du coude ».
M. Colson (Lyon): « Torticolis ».
M. Laumonier (Bordeaux): « Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques ».
M. Passebois (Montpellier): « Fractures du rocher ».

Séance du 24 mai:
M. Dambrin (Toulouse): « Hernie ombilicale ».
M. Mouchet (Paris): « Cals vicieux du cou de pied ».
M. Grimault (Toulouse): « Cancer du rein ».

Section d'ophtalmologie. — Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 23 mai: Jury: Président: M. Jeandelize, MM. Terrien, Strohl, Riche, Toulant.

M. Thomas (Nancy): « Symptômes, diagnostics et traitement du glaucome aigu ».

Leçon d'une heure. Séance du 24 mai:
M. Thomas (Nancy): « Valeur séméiologique de l'hémianopsie bi-temporale ».
M. Calmettes (Toulouse): « Signes oculaires de l'encéphalite léthargique ».

Section d'oto-rhino-laryngologie. Jury: Président: M. Lemaître, MM. Cunéo, Canuyt, Rebattu, Perrin.

Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 23 mai:
M. Péri (Alger): « Diagnostic, pronostic et traitement des méningites aiguës d'origine otique ».

Leçon d'une heure. Séance du 26 mai:
M. Mayoux (Lyon): « Les tumeurs malignes du sinus maxillaire ».
M. Mounier (Lyon): « Abcès du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau, d'origine auriculaire.

Section d'histologie. Jury: Président: M. P. Duval, MM. Rouvière, Champy, Lucien, Cordier, Turchini, Romieu.

Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 24 mai:
M. klein (Strasbourg): « Le centrosome dans la cellule au repos ».
M. Tusques (Paris): « Cortico surrénale ».
Mlle Pallot (Lyon): « Muqueuse gastrique ».
M. Kehl (Alger): « Ecorce cérébelleuse ».

Leçon d'une heure. Séance du 26 mai:
M. Pallot (Lyon): « Appareil olfactif ».
M. Kehl (Alger): « Tissus de réserve lipidique et lipoïdique ».
M. Tusques (Paris): « Le tissu érectile ».

Séance du 27 mai: :
M. de Boissezon (Toulouse): « Tissus nodaux ».
M. Broussy (Montpellier): « L'épiphyse ».
M. Klein (Strasbourg): « Les chromosomes ».

CORRESPONDANCE

M. le Dr J. Mornet, de Blois, veut bien nous rappeler qu'il a été le premier, en France, avec M. G. de l'Ecluse, à insister sur les bons effets des sulfamides dans la méningite cérébro-spinale. Si nous n'avions pas cité son cas, publié dans la *Presse médicale* (n° 47, juin 1938), c'est parce qu'il concernait un adulte et que nous nous occupions de médecine infantile, mais nous sommes d'autant plus heureux de réparer notre oubli que les auteurs ont obtenu un excellent résultat par l'emploi des sulfamides donnés à l'exclusion de toute autre médication, et qu'ils concluent, ainsi : S'il se confirme que ce traitement, par la sulfamide sans sérum, guérit la cérébro-spinale après une seule ponction lombaire, et par l'ingestion de quelques comprimés, elle aura réalisé un progrès considérable de la thérapeutique pratique.

L. BABONNEIX.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° CHEFS DE SERVICE (MÉDECINS, CHIRURGIENS, ACCOUCHEURS ET ASSISTANTS; CONSULTATIONS, OPHTALMOLOGISTES, OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES, ÉLECTRO-RADIOLOGISTES, STOMATOLOGISTES); 2° CHEFS DE CLINIQUE (MÉDECINE, CHIRURGIE, ACCOUCHEMENTS); 3° INTERNES; 4° EXTERNES.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement publié dans le précédent numéro. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Robey A-4 = A. Hotel-Dieu, 4. Service de M. Henri Bénard.

MÉDECINS *et assistants.*

Abaza, E-2.
Alajouanine, Aa-2.
Albeaux, D-2.
Ameuille, F-4 et F-7.
Armand-Delille, E-4. et E-5.
Aubertin, B-4.
Aubin, Ad-1.
Azerad, A-3.
Babonneix, P-19.
Barbé, Ab-7.
Bariéty, A-5.
Baudouin, A-3.
Bénard (H.), A-4.
Bénard (R.), J-7.
Benda, L-6.
Benoît (Mme), Ao-1, I-6.
Bernard (Et.), I-6
Bertrand-Fontaine (Mme), Y-1.
Bezançon, L-8.
Binet, D-3.
Bissery, O-5.
Bith, L-3.
Bloch, I-4.
Boquet (Mme), P-5.
Boidin, K-1.
Boissonnet, Ah-3.
Bolgert, K-2.
Boltansky, C-14.
Bompard, I-3.
Boulin, C-6.
Bourg, J-1.
Bourgeois (Mme), Ab-3.
Bourgeois, Ah-2.
Bourguignon, I-6.
Bousser, C-5.
Brincourt, G-1.
Brodin, Ad-1.
Brulé, I-2.
Brun du Bois-Noir (de), B-6.
Buc, An-1.
Busson, C-7.
Cachera, Ai-1 et Aj-1.
Cain, C-4.
Calamy, Al-1.
Carnot, A-1.
Carrié, I-7.
Cathala, V-3 et V-4.
Cattan, C-4.
Celice, J-12.
Chabrol, C-7.
Chabrun, Ab-2.
Charousset, A-5.
Chauveau, Ah-3.
Chevalley, Ah-3.
Chevallier, F-8.
Chiray, K-2.
Claude, Am-1.
Clément, V-7 et Ah-3.
Clerc, B-2.
Coste, Ac-1 et Ac-4.
Courcoux, M-1 et M-2.
Darré, E-6.
Debray, E-2.
Debré, X-1.
Decourt, H-6.
Delon (Mlle), V-7.
Deparis, Aa-1.
Deron, K-4.
Dolfus (Mme), O-3.
Donzelot, G-3.
Dreyfus (Gilbert), F-13.
Ducas, I-8.
Durel, Al-3.
Duvoir, B-3.
Escalier, B-11.
Even, Al-2.
Faroy, K-4.
Faure-Baulieu, Ah-3.
Fauvert, L-8.
Fiessinger, D-2.
Flandin, P-6.
Florand, X-2.
Fohanno, Ao-1.
Fouquet, U-2.
Fourès, Al-3.
Frumusan, U-1.
Gallot, B-3.
Garcin, Af-1.
Gautier, H-4.
Gennes (de), H-5.
Gougerot, P-1.
Grenet, W-1.
Guillain, Ab-1.
Gutmann, A-9.
Halbron, A-2.
Haguenau, I-8.
Hanaut, K-1.
Hanrion, An-1.
Harvier, B-6.
Hemann (Mlle), H-4.
Hillemand, 1-2.
Hirsberg, H-2.
Huber, X-2.
Huguet (Mlle), K-9.
Isaac, W-1.
Jacob, C-3 et C-9.
Jacquelin, D-4.
Jacquet, O-2.
Jahiel, Ah-6.
Janet, O-3.
Joly, D-4,
Kaplan, Q-3.
Kindberg, G-4.
Klotz, Aa-3.
Kourilsky, Aq-1.
Kudelsky, Ae-1.
Labbé, F-1.
Ladet (Mlle), U-2.
Laederich. D-1.
Laffitte, H-1.
Lagaillarde, Ah-3.
Laignel-Lavastine, B-3.
Lambling, D-7.
Lamy, X-3.
Laplane, V-3.
Laroche, I-3.
Laubry- L-1 et L-2.
Launay, H-3.
Le Beau, B-5.
Léchelle. J-8.
Lelong, Z-1.
Lelourdy, G-2.
Lemierre, U-1.
Lenormant, A-2.
Lereboullet, Z-1.
Lerond, Ah-3.
Lesobre, J-1.
Lestocquoy, E-4.
Levesque, Ab-5.
Lévy (P.-P.), K-11.
Lévy (R.), B-4.
Lévy-Valensi, Ab-4.
Lian, I-1.
Lichwitz, L-5.
Lœper, C-1.
Loireau, Ah-3.
Lyon Cœn, K-11.
Mahoudeau, H-5.
Maillard, Aa-4.
Marceron, J-12.
Marchal, I-5.
Maréchal, Ap-1.
Marie, X-1.
Marquézy, U-2.
Mauric, K-3.
May, I-4.
Ménétrel, G-3.
Michon, P-10.
Milhit, W-2.
Mollaret, Ab-9.
Monier-Vinard, O-1.
Morancé, Ak-1.
Moreau, Aa-1.
Morin, Ac-1.
Mouquin, C-5.
Mouchotte, W-5.
Moussoir, M-3.
Mutel, As-1.
Nobécourt, E-1 et E-14.
Nicaud, H-1.
Nouvion, Al-1.
Ollivier, I-4.
Oumansky, C-8.
Faisseau, V-1 et V-12.
Paraf, Aa-3 et Aa-13.
Pasteur Vallery-Radot, K-3.
Parrot, D-3.
Paul, J-1.
Pellier, Al-3.
Pergola, G-6.
Perier, I-7.
Péron, O-5.
Perrot, Ab-5.
Petit-Maire, Ah-3.
Pichon, W-5.
Pinard, F-2 et F-3.
Piquet, Ab-6.
Pollet, P-3.
Prieur (Mlle), P-19.
Pruvost, J-5 et J-6.
Ramond (Louis), J-4.
Rathery, B-1.
Renaud, Ah-1.
Ribadeau-Dumas, Ab-2.
Richet, G-6.
Rivet, H-2.
Rogé, B-11.
Roussy (Mlle), Ao-1.
Royer de Véricourt, H-3.
Rymer, F-13.
Sée, X-3.
Sézary, P-2.
Sèze (de), Ab-4.
Stévenin, G-2.
Thévenard, J-8.
Thiébaut, B-5.
Théel, Ah-3.
Thomas, D-7.
Thurel, Aa-2.
Tieffry, C-2.
Tinel, G-1.
Touraine, P-4.
Trémolières, M-3
Troisier, J-6.
Turpin, G-5 et J-3.
Tzanck, P-7.
Uhry, C-6.
Vialard, J-4.
Villaret, L-3.
Vincent (Clovis), B-5.
Vurpas, Ab-7.
Weil, C-8.
Weill-Hallé, E-2 et E-3.
Weissenbach, P-5.
Weissmann, A-1.
Worms, K-9.
Zagdoun (Mme), E-6.

CHIRURGIENS *et assistants.*

Allard, Ag-1.
Ameline, L-7 et L-9.
Aurousseau, P-8.
Audouin, E-9.
Banzet, B-7.
Basset, L-7 et L-9.
Baudelot, J-13.
Bazy, P-9.
Berger (J.), D-6 et D-12.
Bergeret, E-9.
Bernard (R.), B-12.
Blanquine, K-10.
Bloch, K-10.
Bloch (J.), A-6.
Blondin (M.), B-12.
Blondin (S.), P-9.
Boisseau-Roland, P-16.
Boppe, P-20 et P-21.
Braine, C-15.
Bréchot, C-11.
Brocq, K-8.
Bouquier. Ag-2.
Buquet, Z-2.
Cadenat, H-8 et H-9.
Capette, K-6.
Chabrut, K-8.
Chevallier, G-9.
Chevassu, F-11.
Chevrier, B-8.
Chifoliau, P-16.
Couvelaire. C-10.
Cunéo, A-6.
Danziger, D-5.
Delahaye, Ag-1.
Deniker, I-11.
Desmarets, O-4 et O-6.
Desplas, B-9.
Dossot, H-7.
Duval (P.), N-1.
Fayot, D-8.
Fèvre, E-8.
Fey, H-7.
Garcin, P-12.
Garnier, P-20.
Gatellier, N-1.
Gaudart d'Allaines (de), I-9.
Gérard-Marchand, J-9.
Girode, I-10.
Gosset, Ab-8. et Ab-8.
Gosset (J.), Ab-6.
Gouverneur, D-5.
Grégoire, C-10.
Gueullette, K-6.
Guichard, V-5.
Guimbellot, G-7.
Houdard, H-11.
Huard, M-4.
Küss, B-7.
Lance (M.), E-8.
Lardennois, J-9 et J-13.
Lazard, D-6.
Lenormant, F-9, F-10.
Leveuf, W-3.
Madier, Ad-2.
Martin, Z-2.
Mathieu, F-12.
Maximin, C-15.
Meillère, I-10.
Ménégaux, F-9 et F-14.
Merle d'Aubigné, N-1.
Metzger, I-11.
Métivet, Ac-5.
Michon, P-12.
Mocquot, Q-1.
Mondor, K-7.
Monod (Raoul), Q-1.
Motz, D-5.
Moulonguet (P.), Y-2.
Moure, P-11.
Oberlin, B-8.
Okinczyc, M-4 et M-7.
Olivier, K-7.
Ombrédanne, E-7 et E-8.
Padovani, F-12.
Patel, P-11.
Pérard, D-5.
Petit, M-7.
Petit (P.), W-3.
Petit-Dutaillis, Ab-10.
Picot, P-8.
Quénu, D-8.
Reinhold, C-11.
Richard, Ag-1re et Ag-2.
Robert, W-3.
Rouhier, G-9.
Roux (M.), A-10.
Roux Berger, I-9.
Sabourin, P-21.
Sarradin, B-9.
Sauvé, H-10.
Senèque, A-6.
Sorrel, V-5.
Thalheimer, O-4 O-6, Ar-1.
Toupet, Aa-5, Aa-6.
Welti, J-9.
Wilmoth, F-9 et F-14.

ACCOUCHEURS *et assistants.*

Bidoire, P-15.
Chirié, A-8.
Cleisz, B-10.
Couinaud, R-1.
Couvelaire, S-1.
Devraigne, H-14.
Ecalle, M-5.
Jeannin, T-1.
Lacomme, S-1.
Lemeland, P-15.
Levant, G-12.
Lévy-Solal, C-13.
Metzger, R-1.
Ravina, I-14.
Seguy, H-14.
Sureau, G-12.
Suzor, M-5 et R-1.
Vignes, X-3.

OPHTALMOLOGISTES *et assistants.*

Bideau, F-1 et J-15.
Bierent, G-11.
Bollach, I-13.
Bourdier, G-11.
Briquet, E-10.
Cantonnet, J-11.
Chappe, P-14.
Coutela, P-14.
Delthil (Mme), I-13.
Deschamps, O-8.
Desprez, B-14.
Dubar, N-6.
Dubois, H-13.
Frilleux, G-11.
Haas (Mlle), H-3.
Halbron, A-7.
Hartmann, O-8 et B-14.
Héran, V-8.
Jourdy, E-10.
Kaz (Mlle(, B-14.
Magitot, H-13.
Masson, P-14.
Monbrun, E-10.
Morax, H.13.
Parfonry, Aa-11.
Pétavy, J-11.
Pierjy, E-10.
Prélat, K-6 et K-12.
Seidel (Mlle), A-7.
Skandrani, J-11.

Terrien, A-7.
Vallon (Mme), A-7..
Valroff (Mlle), J-11.
Voisin, I-13.
Weissmann - Netter (Mme), P-14.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES
et assistants.

Aboulker (P.), J-10.
Aubry, Aa-10.
Baldenweck, G-10.
Baron, B-13 et Ac-6.
Bérard, C-12.
Biette, C-12.
Bloch, J-10.
Boëlle, W-6.
Bory, G-10.
Bouchet, P-13.
Bourdial, P-13.
Bourgeois, K-13.
Brevet, O-7.
Bricage, G-10.
Broutment, P-13.
Calmanas, J-10.
Chaillouet, H-12.
Chanel, O-7.
Chavanne, I-12.
Daudier, W-6.
Drouin, I-12.
Du Buit, M-8.
Eyriès, B-13.
Franck, K-13.
Gaston, H-12.
Gisclard, Ah-6 et Al-4.
Halphen, C-12.
Hamelin, V-6.
Hautant, I-12.
Huet, Ah-6, Al-4 et At-3.
Lallemant, W-6.
Lapiné, G-10.
Larroque, J-10.
Le Jemble, X-4.
Lemaître, H-12.
Lemoyne, L-8.
Lemariey, V-6.
Le Mée, E-11.
Le Pavec, P-13.
Leroux, O-7.
Leroux-Robert G-10.
Maduro, F-16.
Maillard, V-6.
Maspetiol, B-13.
Mazarakis, E-11.
Miégeville, M-5.
Moulonguet, M-8.
Mousette, F-16.
Ombrédanne, X-4.
Oudot I-12.
Rachet, H-12.
Ramadier, B-13 et A-6.
Richier, E-11.
Rouget, V-6.
Sachnine, V-6.
Salomon, C-12.
Sauvain, Aa-10.
Sergent, V-6.
Soulas, J-10.
Tillé, G-10.
Vachey, V-6.
Vaidié, E-11.
Wisner, C-12.
Zhâ, E-11.

ÉLECTRO-RADIOLOGISTES
et assistants.

Aimé, Z-4.
Barreau, H-18.
Baude, D-10.
Beau, Ab-8.
Belot, P-18.
Berger, D-12.
Bergmann de Mme, C-18.
Bernard (J.), B-16.
Bernard (P.), D-10.
Blanche, M-10.
Boileau, F-17.
Bouchard, I-17.
Bourguignon, Ab-8.
Brennan, O-9.
Buhler, P-18.
Busy, F-17.
Cassan, Aa-12.
Charpy, U-4.
Chenilleau, G-15
Cherigié (F.-F.), C-18.
Codet, B-16.
Coliez, D-13.
Cottenot, C-18.
Cremer, W-8.
Damond, U-10.
Dariaux, Aa-12.
Deille, G-15.
Delapchier, Ac-7.
Delherm, B-16.
Delaplace (Mme), G-15.
Devois, B-16.
Desgrez, F-17.
Detré, O-9.
Dioclès, A-12.
Djian, Ab-8.
Dubois, F-17.
Duchamp, P-18.
Dupouy, Ar-1.
Fischgold, B-16.
Foubert, K-14.
Frain, H-18.
Gally, N-3.
Gauillard, G-15.
Gérard, G-15.
Gilson, D-10.
Girard, E-12.
Giraudeau, P-18.
Godefroy, I-17.
Goubert, At-5.
Guénaux, U-10.
Guilbert, H-18.
Hickel, D-10 et D-11.
Humbert, Ab-8.
Joly, M-10.
Jouveau-Dubreuil, I-15.
Juster, P-18.
Lagarenne, A-12.
Lapipe, N-3.
Lebouchard (R.), K-14.
Le Camus, I-17.
Le Canuet, K-14.
Ledoux-Lebard, Ab-8.
Lefebvre, B-16.
Le Golff, G-15.
Lehmann, K-14.
Lejard (Mme), A-12.
Lemerle, P-18.
Lepennetier, I-17.
Lifchitz, G-15.
Liquier, C-18.
Lomon, W-8.

Maingot, I-15.
Mainguy, Z-4.
Mallet, I-18.
Mathieu, Ab-8.
May, C-18.
Méry, W-8.
Morel-Kahn, B-16.
Moret, F-17.
Nadal, P-18.
Ordioni, C-18.
Parin, Af-3.
Penteuil, P-18.
Pestel, Ac-7.
Petit, S-2.
Piffault, K-14.
Piot, X-17.
Pizon, P-18.
Porcher, K-14.
Portret, I-15.
Prévost, M-10.
Prunel, I-15.
Pulsford, Q-4.
Puyaubert, P-18.
Rebuffel, Y-2.
Ronneaux, F-17.
Roux, B-16.
Salaun, P-18.
Simon-Franck, I-17
Stuhl, H-18.
Surmont, G-15.
Tedesco (Mme), Ad-3.
Thibonneau, E-12.
Thoyer-Rozat, Q-4.
Verre, G-15.
Wattez, F-17.
Wattez, F-17.
Wessbecher (Mme), K-14.

PHYSIOTHÉRAPIE HYDROTHÉRAPIE THERMO-THÉRAPIE

Coliez, D-13.
Duhem, A-13.
Montmignaut, A-13.
Moro, A-13.
Wallon, Ab-8.

STOMATOLOGISTES
adjoints et assistants.

Bornet, B-15.
Bozo, B-15.
Cauhepé, V-9.
Cernea (Mme), A-11 et D-9.
Chatellier, U-5.
Crocquefer, L-12.
Darcissac, J-14.
Dechaume, Z-5.
Fieux, I-19.
Fleury, K-15.
Frack, Ah-5.
Friez, P-17.
Fromaigeat, P-17.
Gencel, Ab-11.
Gornouec, D-9.
Guilly, Ab-11.
Hénault, H-17.

Hennion, H-17.
Houzeau, M-9.
Izard, W-7.
Lacaisse, X-5.
Lacronique, I-19.
Lambert, G-16.
Lattès, Aa-9.
Lebourg, A-11.
Lemerle, V-9.
Lépoivre, C-17.
L'Hirondel, G-16.
Maleplate, K-15.
Marie, C-17.
Maurel (G.), B-15.
Mesnards, F-18 et Ac-7.
Nespoulous, Ah-5.
Papillon-Léage (Mme), I-19.
Parent, B-15.
Raison, F-18.
Richard, H-17.
Ruppe, A-11.
Schaefer, P-17.
Thibaut, C-17.
Valtat, Ah-5.
Vilenski, N-2.
Vrasse, G-16.

CHEFS DE LABORATOIRE

Antonelli, F-1.
Barbier, T-1.
Beauvy, F-9.
Bernon, Ab-1.
Bertrand, Ab-1.
Blondel, Am-1.
Bonnard, Am-1.
Blum (J., A-7.
Braumberger, L-1.
Braun, J-1.
Brocard, J-1.
Brunet, E-1.
Busser, F-11.
Busy, F-1.
Cachera, A-1.
Callais, F-1.
Canoz, F-11.
Coquoin (Mme), A-1.
Coquoin, A-1.
Cottet, C-1.
Cuel, Am-1.
David (Mlle), C-1.
Dechaume, P-1.
Deglaude, L-1.
Delaunay, Ab-6.
Demanche, F-19.
Desgrez, P-1.
Desmonts (Mlle), C-10.
Destroés, Z-1.
Dioclès, A-1.
Dognon, A-1.
Doubrow, B-1.
Dubar, Am-1.
Duché, P-1.
Duchon, C-1.
Ducroquet, F-12.
Duflot, Am-1.
Eliascheff (Mlle), P-1.
Feyel, A-6.
Giraud, S-1.
Gothie (Mlle), (prépar.), Q-1.
Heim de Balsac, L-1.
Isidor, N-1.
Kisselewsky, A-7. (préparatrice).
Lafaille, E-1.
Landowski (Mlle), L-1.

Lanthier, T-1.
Laroche, L-1.
Lavagne, B-2.
Lavergne, A-1.
Lehman, Am-1.
Lenaude, L-1.
Lereboullet, Ab-1.
Lesure, C-1.
Mangeot, J-1.
Mathieu, Ab-1.
Max, F-11.
May, A-1.
Meitès, T-1.
Merger, T-1.
Michon (Mme), Am-1.
Moricard, Q-1.
Palmer, Q-1.
Paris, B-2.
Pélou, F-11.
Perrot, F-9.
Peyrel, P-1.
Piot, Am-1.
Pretet, E-1.
Reilly, N-3.
Ribadeau-Dumas, Ab-1.
Rühard, T-1.
Rouche, Ab-6.
Rouquès (Lucien, V-11.
Rubenovitch, Am-1.
Rymer, F-1.
Saint-Girons, E-7.
Sureau, S-1.
Strohl, F-12.
Thiébaut, F-12.
Traverse (de), B-1.
Verne (Mme), F-1.
Wertheimer (Mme), (prépar.), Z-1.

CHEFS DE CLINIQUE

Adrianopoulos, A-6.
André, B-2.
Aubrun, Ab-1.
Barcat, E-7.
Bargeton, B-1.
Bayle, F-11.
Benassy, Ab-6.
Bernard, Z-1.
Beuzart, A-6.
Bioy, C-1.
Bloch, F-9.
Bonnet, F-1.
Bour, F-1.
Bourée, E-1.
Bouvrain, L-1.
Boger, F-1.
Brouard, U-1.
Brouet, J-1.
Brouet-Sainton (Mme), C-1.
Cachin, F-9.
Calvet, F-9.
Catinat, A-1.
Chevallier, Ab-6.
Chigot, Ab-6.
Coen, S-1.
Conte, U-1.
Debray, B-2.
Delort, Z-1.
Delinotte, C-10.
Dermer (Monit), E-7.
Dugas, J-1 et L-1.
Duperrat, B-1.
Durand, Am-1.

Faquet, A-1.
Ferroir, B-1.
Filhoulaud, Q-1.
Forge, L-1.
Gabriel, Ab-1.
Granciansky (de), P-1.
Grosse, A-6.
Guillaumet, A-7.
Herrenschmidt, J-1.
Hyon-Janvier (Mme), B-1.
Israël, U-1.
Jomain, A-6.
Judet, E-7.
Lazard, N-1.
Le Conte (Mme, Am-1.
Le Conte, Am-1.
Lejeune, F-9.
Lemant, L-1.
Leroy, F-11.
Lesobre, C-1.
Livieratos, F-1.
Longuet, Q-1 et Am-1.
Macrez, B-2.
Malinsky, L-1.
Mallarmé, C-1.
Mallet, F-1.
Maynadier, A-6.
Maury, A-1.
Messimy, Ab-1.
Meyer-Heine, P-1.
Mialaret, N-1.
Morel-Ronsin, E-1.
Netter, U-1.
Neyrand, N-1.
Patey, E-1.
Perret, F-9.
Rémont (Mme). (prépar.), E-7.
Rendu, A-1.
Rodier, C-10.
Rossier, Z-1.
Rouchy, S-1.
Roux, A-6.
Roy, B-2.
Salles, Ab-1.
Sautter, Ab-6.
Seringe, P-1.
Stora, Am-1.
Suire, C-10.
Tanret, Z-1.
Temerson, E-1.
Tilitcheff, E-1.
Toussaint, B-1.
Turiaf, B-1.
Ulmann, F-1.
Varay, C-1.
Veletz, Ab-6.

INTERNES

Adam, W-3.
Aharfi, M-5.
Albahary (C), G-4.
Aldou (Mme), N-4.
Alhomme, Ah-1.
Allilaire (R.), I-12.
Amado (G.), C-16.
André (P.), G-10.
Aubin (Mlle) (H., B-5.
Audoly (P.), G-8.
Audrey, P-4.
Aupinel, J-9.
Aurenche (A.), I-1.
Aussanaire, U-1.
Azoulay (C.), H-7
Bach (C.), I-14.
Bancaud (P.), A-6.

Bareau (A.), C-9.
Basset (A.), P-1.
Beauchef (J.), H-7.
Beaufils, P-12.
Bellin, L-3.
Ben-Haïm, Y-1.
Bergeron, K-6.
Berthon (P.), A-8.
Bertrand (Jean), W-5.
Bessière, P-15.
Bibas (M.), H-1.
Billard, Ab-6.
Blancard, P-15.
Blanchard (J.), H-6.
Boissonnat, W-3.
Bolivar (J.) (ff.) B-7.
Bonduelle (M.), I-8.
Bouche (J.), E-11
Boudon, Ca-7.
Boulenger, V-4.
Bourdeau (Conc. spéc.), Ai-1.
Bourdin (J.), Ah-3.
Bournisien (Mlle (M.), C-13.
Bouvier, Aa-2.
Brault, (Alb.), Z-3
Brégeat (R.), I-13.
Bret (J.), C-13.
Breton (P.), C-7.
Bretton (R.), M-8.
Brissaud (H.), L-5.
Campagne (J.), Aa-5.
Camus (P.), X-1.
Cans (Mme, née Sulzer, C-6.
Carasso (R.), F-1.
Castany (J.-M.), B-9.
Cauvy (J.), H-8.
Chalochet (P.), E-7.
Champeau, K-7.
Champagne (P.), M-4.
Chassagne (P.), C-1.
Chevalier (A.), E-13.
Chiche (H.), C-5
Claisse (R.), B-6.
Claracq (L., H-11.
Clerc, V-3.
Clerc (H.), I-12.
Coblentz, P-5.
Cœuillez (Conc. spéc.), Al-1.
Combes. V-1.
Compagnon (L.), H.14.
Cornet (A.), D-4.
Cornet (Mme), W-2.
Corre (Mlle), M-5.
Cossart (R.) (ff.), I-14.
Costa, Ab-3.
Courtenay-Mayers (ff., U-5.
Crépin (G.) (ff.), Ac-5.
Cuvereaux, M-3.
Damiens (Mlle), K-3.
Danel (J.), H-12
Darhovsky (Mlle) (V.), B-4.
Darricau, M-1.
Debain (Mme), née Pinard, D-5.
Debain, P-13.
Debelut (J.), A-6.
Debeyre (J.), Ab-6.
Debost, M-4.
Debouvry (J., E-9.
Deguillaume (F.), B-9.
Delzant (O.), I-4.
Demassieux (ff.), Z-3.
Depaillet (A.), I-7.
Depierre (R.), H-5.
Denoix (P.), F-9.
Desfossés (N.), I-11.
Deuil (R.), F-1.
Didier (Conc. spéc., Ah-2.
Di Mattéo, U-2.
Douville, T-1.
Drain (M.), I-9.
Dreulle (Mlle), O-3.
Dreyfus (B.), C-4.
Droguet, U-1.
Dubois (Jac.), Aa-1.
Dufourmentel, W-3.
Duret (M.), M-1.
Ebstein (P.), H-12.
El Baz (C.), I-10.
Eman Zadeh (à titre étranger), L-1.
Etienne (R.), D-6.
Eudel, K-8.
Eyraud (Mlle), W-2.
Faingold (Conc. spéc.), Ak-1.
Féder (A.), G-2.
Feld (M.), B-3.
Feldmann, N-1.
Fénelon, L-6.
Fischgrund (S.), F-1.
Flabeau (F.), I-11.
Fossier (Mlle) (ff.), Ag-1.
François (André), A-1.
Frebet, Ad-2.
Fréret, Q-1.
Fressinaud - Masdefeix, J-8.
Fronville, Q-2.
Gallant (R.), H-9.
Gandrille, L-7.
Garnier (M.) (Mlle), A-8.
Gaume (P.), J-9.
Geffroy, K-4.
Genevrier, A-5.
Genthon (Conc. spéc.), Ap-2.
Gerbeaux, V-7.
Germain (A.), F-12.
Ghozland (L.), E-7.
Goulesque, K-5.
Gout (L.), C-11.
Goutner (B.), I-2.
Gras (L.), A-3.
Greslain, J-7.
Grèze, O-1.
Grossiord P-6.
Grumbach (Mlle), Ac-1.
Guenon des Mesnard, P-11.
Guillemin (G.), P-6.
Guiot (G.), F-6.
Guny, P-9.
Hacker, U-2.
Haller (Mlle) (J.) H-14.
Hanoun, S-1.
Haquin (ff.), L-7.
Hardel (M.), G-8.
Hector (J.), D-5.
Hermann (Jean), R-1.
Hertzog (R.), K-7
Hervet (ff.), Af-2.
Hofmann, J-10.
Horeau (J.), P-19.
Horvilleur, P-14.
Huber (J.), K-8.
Hufganel (Mlle), C-2.
Hussameddin, (à titre étranger), J-4.
Inbona (J.), L-3.
Isal (ff.), J-1.
Jacquet (André), Af-1.
Jamain, Q-1.
Joly (Ant.), P-20.
Jurain (Mlle), K-11.
Kahn (Mlle), Ag-1.
Kaufmann (H.), G-5.
Klotz (P.), Ab-10.
Koshinas (M.), F-9.
Küss (R.), D-6.
Lacome (J.), P-19.
Lacroix (P.), I-11.
Laigle, A-6.
Lajouanine, X-2.
Lambert (A.) (Mlle), A-2.
Lamotte (M.), I-4
Lamotte (Mme), P-5.
Langevin (J.), J-11.
Larminat (Mlle) (M.) (de), G-1.
Lartigue (P.), C-11.
Lascaux (B.), A-6.
Lasry (J.), B-8.
Lataix, P-20.
Laurence (G), C-10.
Léandri, Ac-5.
Le Bozec (R.), F-8.
Le Brigand, N-1.
Lecœur (J.), G-6.
Lécuyer (Mlle), (Conc spéc.) Ah-2.
Lefèvre (J.), E-11.
Lefebvre (R.), P-7.
Le Loc'h (H.), I-5.
Lemanusier Conc. spéc.), Ah-3.
Lenoël, P-8.
Lenormand (H.), D-2.
Le Picard (J.), P-9.
Lepintre (Y), B-5.
Le Roy (F.), K-6.
Lesca, P-1.
Lesieur (P.), H-11.
Lesueur (G.), B-4.
Lévy (François). X-3.
L'Hirondel, W-1.
L'Hirondel (J.), B-10.
Liénard, R-1.
Lignières (de), K-1.
Lindeux (Mlle), Ab-2.
Livory (M.), C-11.
Loëper (J.), I-3.
Logeais (P.), I-9.
Loiseau (James), P-12.
Lolmède, K-8.
Lohe (Mlle) (A.), I-6.
Luteraan (P.), (étranger en surnombre), G-5.
Magder (E.), I-10.
Mage (Mlle), Ab-5.
Maillard (A), (Conc. spéc.) Aj-1.
Mande (R.), C-1.
Marcotte, V-8.
Marquis (Mlle), L-2.
Marre (P.), A-1.
Martinet, K-5.
Matrou (Mme), Ab-2.
Maschas (à titre étranger), K-2.
Mathieu (A.), I-10.
Mayaud (ff.), L-7.
Mazingarbe (A.), H-8.
Mandras (Mlle), V-5.
Meunier (Mlle) (Andrée), Aa-3.
Meyer (H.), H-11.
Milliez (P.), J-6.
Montalant (Mlle) (P.), C-8.
Moreau (Mlle), Ag-1.
Morel-Fatio, C-10.
Moricheau - Beauchant, Ab-6.
Motte (A.), E-4.
Mousseau, P-11.
Mouton, P-8.
Mozziconacci, Aa-2.
Musset (R.), G-12.
Nardi, K-7.
Nastorg, P-9.
Néret (Mme), née Cauchy, P-3.
Netter (R.), H-8.
Neveu (J.), E-9.
Nick (J.), I-6.
Nordmann, Ab-6.
Ordonneau (P.), G-3.
Orfali (à titre étranger), P-11.
Saillas (J.-B.), K-4.
Paugam (P.), F-2.
Pequignot, Ab-4.
Pertus (J.), I-9.
Petit (J.) (ff.), M-4.
Philippe (M.), B-3.
Piard (A.) (ff.), B-7.
Pinet (G.), G-11.
Piton, Ab-1.
Placa (A.), A-6.
Plas, B-2.
Pluvinage, A-7.
Pointeau (J.), B-8
Poissonnet (H.), D-6.
Poussier (F.), G-12.
Provendier (Mlle), Z-2.
Rault, Ab-5.
Raymondaud (M.), H-2.
Raynaud (H.), Ac-5.
Aaynaud (M.), B-5.
Reignier (J.), P-11.
Rie (Mme), V-5.
Rist (Mlle), Ad-1.
Robert (J.-P.), B-9.
Robey (Mlle), A-4.
Roblin, (J.) (ff.), J-9.
Roche (C.), K-2.
Ronsin, Aa-5.
Rouault, E-10.
Rougé, K-6.
Rougier (Mic.), Aa-5.
Rousset (P.), O-4.
Roux (Mce), K-2.
Rouzaud (M.), V-2.
Sagaut, Ad-2.
Saks, Q-1.
Salvanet (J.), F-11.
Samain (A.), (à titre étranger) B-8.
Samuel (Mlle) (H.) (ff.), H-13.
Sayous, P-8.
Scebat, L-6.
Schaefer (G.), F-12.
Schapira (G.), L-4.
Schneider (J.), K-1.
Schweisguht (Mlle) (O.), E-4
Seguin (M.), E-2.
Sérane (J.), J-4.
Séviléano (à titre étranger), Ac-1.
Seyrig (Mlle), B-1.
Socellard (J.), P-4.
Statlender (G.), E-5.
Staub (M.), B-7.
Stéfani, Ad-2.
Tahar (Conc. spéc.), Ah-2.
Tardieu (G.), P-7.
Taveau, U-1.
Temine (P.), Aa-1.
Termier (ff.), P-15.
Tétreau, L-1.
Teyssier, P-2.
Thaon (Mme), née Tremier, Ab-1.
Thomeret (G.), F-11.
Thorel (F.), P-6.
Thoyer-Rozat, W-4
Tiffeneau, Ab-1.
Tiret (J.), J-6.
Torre (P), C-12.
Toufesco, V-6
Toulouse (R.), F-9.
Trémolières (J.) F-2.
Tronc (Conc. spéc.), Ah-2.
Tulou (P.), J-1
Vendryès (P.), E-1.
Vermenouze, Z-1.
Verne (J.-M.), C-10.
Vernes, P-2.
Verstraete (C.), J-9.
Vialatte, Z-1.
Viguié, Z-2.
Viguié, W-4.
Vilanova, O-2.
Villey - Desmeserets, H-4.
Vinvent (Max), P-20.
Vintrebert, O-4.
Vigonet (M.), D-5.
Vivien (P.), E-6.
Walther (R.) à titre étranger), V-3.
Weil (Mme), née Heulot, Ah-2.
Welti (J.), K-5.
Wolfromm (R.), F-3.
Wolfromm (Mlle) (R.), D-3.
Zarachovitch, U-1.
Zivy, Ab-4.
Zwillinger (A.). D-5.

EXTERNES EN PREMIER

Barré (Y), F-13.
Blanc (Guy), Ab-9.
Butet (A.), A-9.
Courchet (A.), L-8.
Danset, B-10.
Davy (A.), I-15.
Deslandes (Ed.), O-5.
Durupt (L.), P-3.
Enel (J.), V-5.
Ferrand (Guy), C-11.
François, Ac-1.
Frinault, J-12.
Godlewsky (G.), G-13.
Hagège, Ab-7.
Hemeury (J.), Ae-1.
Hewitt (J.), D-7.
Legrand (Marcel). G-9.
Lelièvre (J.), Ac-2.
Leprat (S.), T-1.
Lipmann (Mlle). E-3.
Natal (R.), C-9.
Nehlil, Ac-7.
Polliot (L.), G-9.
Reynaud (Jean), Y-2.
Rie (G.), M-6.
Rognon, E-8.
Roman (M.), G-9.
Rosenkovitch (Mlle) (E.), E-14.
Ruel, Q-3.
Tran-Van-Hoa, Y-2.
Tubiana (R.), Ab-10.
Verliac (F.), H-15.

EXTERNES

Ach (Mlle), I-15.
Adam (F.), L-7.
Adam (H.), M-1.
Aftalion (Mlle), P-7.
Aga, D-6.
Ageorges, C-11.
Aginski (Mme), P-3.
Aitoff (Mlle), Aa-6.
Albert, C-6.
Albulesco (Mlle), E-7.
Alcan, J-1.
Aelion, F-11.
Alexandre (P.), H-2.
Alhine (Mlle), Q-2.
Alison, P-9.
Allain, O-2.
Allary (M.), A-1.
Allary (Mlle), B-6.
Allende, P-10.
Allenic, A-6.
Alloiteau, A-3.
Amado, L-3.
Ancel (Mlle), O-3.
Andricq, Ab-6.
Anglès (Mlle), B-1
Anthony, C-9.
Apkarian, F-11.
Ardillier (Mlle), A-7.
Ardouin, E-11.
Aritzia, Aa-2.
Arnaud (A.), C-2.
Arnaud (L.), F-4
Arnavielhe, Aa-12.
Arondel, Aa-5.
Arrighi de Casanova, P-8.
Asséo, H-10.
Atias, K-8.
Attal (H.), U-1.
Attuil, B-2.
Aublin, Ad-1.
Audbourg, A-1.
Aupinel (Mme), née Tavernier, W-1.
Aurousseau, Ab-6.
Autier, F-11.
Auvert (R.), I-8.
Auvert (J.), P-8
Auzoux, J-3.
Avenier, H-10.
Avril, M-2.
Azaiz, P-13.
Azoulay (J.), I-6.
Badin, B-5.
Bahri (M.), F-13.
Bailliart, A-6.
Bailly (R.), O-2.
Ballade, Ar-1.
Balle (Mlle), D-6.
Ballerin, G-10.
Bally, U-1.
Bangalter, A-2.
Baranger, Ac-5.
Barbet, Ac-2.
Barbier (L.), B-2.
Barbier (M.), A-4.
Bardon (L.), H-14.
Barmada, E-7.
Barral (Cl.), G-7.
Barrigues de Montvallon (de) F-12.
Barrois, C-13.
Bartfeld (Mlle), K-5.
Bartoli (Mlle), C-6.
Basdevant, F-5.
Basset, J-1.
Bastard, P-14.
Balter, H-10.
Baud, Aa-5.
Baudry (G), W-5.
Baudy, G-12.
Baulon, A-8.
Baumgold (Mme), née Berlinska, M-5.
Bauzin (Mlle), O-4.
Béal (C.), G-14.
Beau, J-9.
Beauvy, F-12.
Begzadian (Mlle) I-4.
Behar-Missim, L-5.
Beinis, F-1.
Bellot, J-1.
Béna, U-1.
Bénard (Mlle), A-4.
Bendit, Am-1.
Bénétaud (Mme), S-1.
Bénérech (Henri), K-6.
Bénézech (P.), L-7.
Benezit (Mme), Z-1.
Ben-Hamou, P-11.
Benidir, H-12.
Benmoussa, Z-2.
Benoit (P.), A-6.
Benoit (Ch.), H-2
Béranger (Mlle), J-1.
Berger (Cl.), G-6
Berger (Mic.), Ab-6.
Bergeret (M.), U-2.
Bergeron, I-8.
Bergeron (Mme), née Mossel, K-1.
Berille, Q-3.
Bernager, T-1.
Bernard (A.-M.) (Mlle), E-2.
Bernard (P.), P-4.
Bernheim (P.-L.), B-3.
Berrier, T-1.
Berthet, L-6.
Bertho, C-6.
Berthomier (G.), D-2.
Berthon (Mlle), Aa-14.
Bertier, Ab-1.
Bertier (Jacques), C-1.
Bertrand (Mme), (élève), B-8.
Bertrand (Ch.), K-15.
Bertrand (V.), X-3.
Berveiller, D-7.
Besle, E-9.
Bessis, C-4.
Bett, P-9.
Betuel, H-3.
Blugnon, Ab-6.
Beurrier, H-12.
Beyer, Q-3.
Beunaiche, O-4.
Bey, I-14.
Bezier (Mlle), J-10.
Biaggi, Aa-1.
Bibring, G-5.
Bidault des Chaumes, H-1.
Bignon, P-5.
Bignotti, I-4.
Bigoux, I-16.
Bijoux (R.), C-2.
Bilsky, G-3.
Binda, C-10.
Bismuth, B-3.
Blanguernon, L-7.
Bleibtreu, K-8.
Blieblum (Mlle), B-5.
Blintzowsky, P-2.
Bloch (Jac.), S-1.
Blondé, U-2.
Blum (J.), K-8.
Blumenfeld, G-9.
Bochenek, P-12.
Boeffard, N-1.
Bogros, D-10.
Bokanowski, H-6.
Bokser, P-1.
Boinet (Mlles), A-6.
Boismoreau, E-1.
Boissière, B-7.
Boitard, B-11.
Bonan (A.), K-7.
Bonan (André), M-7.
Bonastre Mlle), K-5.
Bonici, P-9.
Bonnefis, P-7.
Bonnet (J.), P-15.
Boreau, D-3.
Borja, P-6.
Borniche, H-14.
Bory (Mlle), B-7.
Bory (R.), L-3.
Bosc (Mme), H-12.
Bottin (Mlle), Ac-1.
Boucaut (Mce), J-15.
Bouchara, B-7.
Bouclier, N-1.
Boudeville (Mlle), I-2.
Boudot, Ab-6.
Boulard (P.), A-6.
Boulay, Aa-6.
Boulet, G-1.
Bour, G-1.
Bourbon (Mlle), U-1.
Bourdon, G-12.
Bourdy, E-9.
Beurgeaut, Z-1.
Bourgeois (Mlle), H-11.
Bourgin (H.), A-10.
Bourguet (J.), C-12.
Boursault, P-2.
Boutbien, Aa-3.
Boutillier du Rétail, C-1.
Bouttier, U-1.
Bouvaist, B-12.
Bouygues, Z-1.
Bouyssi, V-1.
Brac (J.), J-7.
Bracq (A.), C-3.
Braillon, L-1.
Brami, Z-2.
Brandon, B-6.
Brault, J-6.
Bricard (Mlle) (Ch.), F-9.
Bricard (M.) (Mlle), A-6.
Brill, V-6.
Brissy (Mlle), S-1.
Brouillet (Mlle), U-1.
Brument, J-9.
Brun (M.), F-9.
Brun (Mlle), N-1.
Brunel, I-11.
Brunel (Mlle), F-9.
Brunet (A.), C-8.
Brunet (P.), H-15.
Brustel, F-5.
Buchenaud, E-11.
Buhet, H-8.
Bui, A-2.
Bui-Kin-Zin, E-11.
Bureau (G.), D-1.
Burgaud, B-10.
Burgot, Y-2.
Buriat, O-3.
Caballero Y Monteagudo, E-2.
Cabrières, H-7.
Caby (Mlle), A-1.
Cacault, Aa-3.
Cachin (Mme), Z-1.
Cahn (L.), P-1.
Caillods, B-4.
Cain, Aa-1.
Caldier, B-6.
Calloc'h de Kérillis, J-1.
Calmanovici, P-10.
Calvo-Platero K-2.
Camilleri, A-7.
Camus (P.), O-2.
Candau (Mlle), J-12.
Canivet (J.), H-6.
Canlorbe, K-6.
Caplier, Ab-5.
Cardon, Aa-1.
Carillo-Maurtua, C-7.
Caron (J.), B-8.
Carpentier (H.), F-8.
Carraud, K-4.
Carré (Mlle), J-1.
Caton, W-1.
Cartier, Ac-4.
Casalta, V-12.
Casaurang, A-1.
Castaignet, K-5.
Catalogne, B-1.
Catsanis, A-7.
Caubel (Mlle), B-14.
Caussé (Mlle), I-2.
Cauvin, P-10.
Cayé, C-5.
Cayla (Mlle), K-7.
Cayrol, A-8.
Cazes, F-8.
Chabert, Aa-1.
Chadoutaud, X-3.
Chaïa, J-6.
Chaltiel, H-6.
Chambon, I-16.
Chaignon (P.), L-5.
Chambrand, F-9.
Champagne (M.), P-2.
Champagne (P.), I-4.
Champeix, Aa-2.
Chapelan (Mlle), G-9.
Chapelet, U-2.
Chapeyroux, O-6
Chapuis (J.-L.), I-5.
Chapuis, C-7.
Chardack, K-9.
Chardin (D.), K-3.
Charuel, V-6.
Chassaing (Mlle), C-12.
Chateau, Ab-1.
Chateaureynaud (Mlle), I-6.
Chatelin, L-5.
Chaudonet (P.), H-17.
Chauvisé, Aa-1.
Chavarot, P-7.
Chavelet, C-15.
Ceccaldi, J-6.
Céleste, D-5.
Cercus (Mlle), V-5.
Cestre (Mlle), L-6.
Chenille, J-8.
Chessebeuf, B-13.
Chevallier (Mlle), N-4.
Chevallier (P.-G.), C-1.
Chevillotte (G.), D-1.
Chevillotte (R.), F-9.
Chevrolle, L-7.
Chiche (Mlle), Q-1.
Chilot, P-6.
Chilte, C-12.
Chilte, C-12.
Choffel, P-11.
Choubrac, P-3.
Ciechanowicz, E-2.
Cirilli, L-5.
Claus (Mlle), C-4.
Clerfeuille, I-4.
Cloche (Mlle), K-3.
Cohen (A.), W-6.
Cohen (Alb.), Aa-13.
Cohen (G.), Aa-3.
Colbert, S-1.
Colboc, J-7.
Collard (A.), Q-1.
Collet (A.), D-4.
Colombe (Mlle), I-1.
Colsy, I-4.
Combet, P-6.
Comte (Mme, née Lecomte, L-3.
Conche, E-6.
Conge, Aa-2.
Connat, F-15.
Constant (M.), Y-2.
Corbineau, Q-1.
Corcos (Vittoris), I-6.
Corcas (E.), A-2.
Cordier (P.), G-5.
Corganian-Corganoff, G-7.
Coriat, F-13.
Coronel (élève f. f.), F-17.
Cottreau, G-2.
Couade, Aa-1.
Couder, B-6.
Coudurier, V-1.
Coulleru, P-1.
Coulon, B-12.
Coupaye, W-3.
Courtin (J.), K-9
Cousin, Ab-1.
Cousin (Mlle), I-9.
Crabol, A-4.
Crépin, B-8.
Cresson (H.), L-3.
Cuenca, F-13.
Cuzin, P-2.
Daffos, C-11.
Dailheu, P-8.
Dailly, W-6.
Dana, E-2.
Daniélou (Mme), K-1.
Danion, E-12.
Darbord, C-15.
Darrès, J-9.
Daudet, D-3.
Dausset (P.), U-1.
Dautel, C-13.
David, I-4.
David (D.), G-6.
David (Mme), E-7.
Decaup (Mlle), M-4.
Decouflé (M.), X-2.
Decroix, W-3.
Defèse, Aa-3.
Deguel, W-6.
Dehennot (Mlle), B-10.
Delagarde, A-6.
Delalieux, S-1.
Delanoé (Ch.), K-3.
Delanoé (Guy), X-1.
Delater, I-2.
Delbarre, L-7.
Delerba, B-16.
Delormeau, B-13.
Delouche (H.), P-9.
Delpech (G.), I-10.
Delplace, H-18.
Delpuech, V-5.
Demaugre, P-3.
Deniker (P.), Ab-10.
Denis (J.), V-3.
Denis (P.), B-2.
Denis (Paul), V-5.
Denis (Mlle), K-9.
Denisart, D-8.
Deniziaut, Ab-8.
Depinay, I-5.
Deplas, C-11.
Deribreux, Aa-3.
Deroide, I-10.
Derooz, P-13.
Derville, J-6.
Descroix (Mlle), E-13.
Descroizilles, M-1.
Descubes, Z-1.
Desjeux, Z-1.
Desoutter (Mlle), A-1.
Desprez, B-10.
Dessertennes, P-11.
Dessons (L.), A-1.
Devaulx, P-6.
Devaux (Mce), U-2.
Devieux, B-5.
Devraigne, P-9.
Dezarnaulds, A-2.
Diacono, E-12.
Diaha, N-1.
Diatkine, F-2.
Dicesco, E-7.
Divisia, I-3.
Djuvara, P-2.
Dogué, E-2.
Dominguezy Gonzalez, V-7.
Doumic (Mlle), E-7.
Doutriaux, Aa-14.
Doville, H-16.
Drain, B-13.
Driart (élève f. f.), I-13.
Dubel, W-2.
Dubois (G.), L-4.
Dubois (J.), Y-1.
Dubois (J.-C.), O-4.
Ducep, F-1.

Duchamp (Mlle), P-1.
Duché, L-8.
Duchêne (J.), B-4
Dufour, W-1.
Dufresne, E-6.
Dufresne (Mlle), U-1.
Duhamel, D-3.
Duizend, C-4.
Dukermann, P-10.
Dumas (Mic.), Ad-1.
Dumas (P.), P-10.
Dumay, P-18.
Dumée, A-7.
Dupas, D-5.
Du Pasquier (Mlle), H-12.
Dupin-Girod, Aa-14.
Dupont (V.), H-1.
Dupont (Mlle), Am-1.
Dupré (B.), K-11.
Duprey, W-3.
Dupuis (R.), G-8.
Dupuis (R.), G-14.
Dupuy (M.), Ab-1.
Durand (Cl.), A-1.
Durand (J.-V.), B-3.
Durand (Mce), Y-2.
Duranteau, F-1.
Durvillé, 0-4.
Duthuit, P-4.
Dutilh (Mlle), C-13.
Duval (René), B-1.
Duveau, G-12.
Duvillé, F-6.
Egger, M-7.
El Grabli, I-3
El Haïk (V.), A-8.
El-Haïk (A.), F-10.
Eliachar, Y-1.
El Okbi, L-8.
Eltrich, P-8.
Epstein (A.), F-13.
Erlich, H-1.
Essel, H-10.
Estève, U-1.
Etienne, G-5.
Eydieux, W-5.
Fagnot, B-3.
Faillebin (Mlle), Ab-5.
Falk, E-11.
Farcot, P-8.
Faurel, Ac-3.
Fauvert (Mme), X-1.
Favre (P.), M-1.
Fayol (Mme), W-3.
Feffer, A-2.
Fehrembach, P-3.
Feine (Mlle), W-4.
Fénéon, W-1.
Ferrand (J.), I-10.
Ferrié (Mlle), W-2.
Filhouland (Mme), U-1.
Fiessinger (Ch.), F-1.
Fitsch, Ab-5.
Flaisler, X-3.
Flandin, X-1.
Flavigny, K-3.
Fleury (L.), Ab-5.
Florent (Mme), née Berthier, I-12.
Flouquet (H.), L-1.
Flouquet (R.), P-17.
Foix (L.), I-2.
Fommarty (Mlle), Q-1.
Fondeville, Ad-3.
Fontaine (R.), F-11.
Forest, N-1.
Forgeois, B-2.
Fouchet, E-13.
Foulon (J.), V-7.
Fourdinier, A-6.
Fourmestreaux (de), E-11.
François (Ray), H-6.
Fresnel, U-1 et H-3.
Frette, M-4.
Friedel (P.), Ad-1.
Frija, F-8.
Fuchs, H-1.
Gabe, B-4.
Gadrat (J.), A-6.
Galand (Mce), U-5.
Galey (J.), B-1.
Galland (R.), A-5.
Galopeau, P-16.
Gamard, Q-3.
Gandor, F-5.
Gandelon, P-19.
Gaon (Mlle), A-3.
Garnal, P-6.
Garnier (Ch.), H-11.
Garrigues, C-11.
Gauchey, B-8.
Gaudibert, G-3.
Gaulard, L-3.
Gauliard, Ac-4.
Gaulier, G-4.
Gauthier (P.), C-8.
Gautier (J.-P.), P-1.
Gavrilenko (Mlle), M-5.
Gayno, O-4.
Genesseau, Aa-5.
Genty (Mlle), Ad-3.
Georges, J-4.
Gerbaux, P-4.
Gerdin, H-4.
Germain (Mlle), née Vesigot-Wall (Mme), A-3.
German, H-15.
Germond, K-2.
Gerson, K-6.
Gertzberg, H-12.
Ghelber (élève), Ak-1.
Ghitza (Mlle), T-1.
Gibert (J.), U-1.
Gibrat (A.), X-4.
Gillet, L-6.
Giret, Ag-1.
Girod, W-4.
Giordano - Orsini, B-4.
Girard (R.), A-10.
Girauld, H-5.
Girod (Roy), W-4.
Giron, D-5.
Giudicelli (Mme), (née Bousquet), E-8.
Godlewski (S.), F-4.
Goerens, G-12.
Goetschel, K-8.
Goldberg - Rukowsky, G-5.
Golfand, F-8.
Goltz, P-7.
Gomez, I-15.
Gorce, B-3.
Gorge, K-5.
Gosselin, Ad-1.
Gosset (Jean), J-6.
Gosset (Cl.), B-9.
Gouault, H-2.
Gougerot, Ag-1.
Goulfier (Mlle), K-1.
Gourdin, C-15.
Goury, F-4.
Goust, U-2.
Gouygou, T-11.
Grabois, J-8.
Granier (J.), D-6.
Granier (Mlle), B-6.
Gravelat (Mlle), Aa-2.
Graveleau, K-3.
Grel, A-5.
Grémont, O-7.
Greninger (Mlle), A-1.
Grigné, E-2.
Grobon, M-3.
Gross, C-4.
Grunwald, F-2.
Guézennec (El. f. fonc.), B-15.
Guézon, H-14.
Guégan, E-4.
Guéniot (Mce), C-10.
Gueraud, H-8
Guéret, G-9.
Guéroult (Alb.), P-15.
Guéroult (Mme), née Bonnet, E-4.
Guez, P-16.
Guichard (R.), A-3.
Guidicelli, D-7.
Guillain (P.), M-4.
Guillaume, B-7.
Guillouët (Mlle), M-2.
Guinard, O-2.
Guimezanes, F-11.
Guio, P-11.
Guitard (J.), E-6.
Gujar, J-1.
Gumpelson, H-10
Guy, O-5.
Guy (Mlle), T-1.
Guyot (J.), M-5.
Hacker, I-6.
Halberstaedt, P-4.
Halfon, I-7.
Hallot-Boyer, I-7.
Hardre, N-3.
Harmel-Tourneur, B-3.
Hartmann (J.), I-6.
Hartmann (L.), J-9.
Hatt (Mlle), F-8.
Hébert (Mce), W-5.
Hébert-Suffrin (Mlle), G-7.
Heffez, H-8.
Henry, K-13.
Hérard, E-13.
Herschberg (élève ff.), M-9.
Hertz, X-1.
Hervé, G-3.
Hervun, I-15.
Hervy, D-5.
Hesse (Mlle), P-8.
Hillerms (Mlle), A-13.
Hirsch, Ag-1.
Hirsch (P.), W-3
Hiverlet, H-7.
Hochedel, A-8.
Honisberg (élève f. f.), G-15.
Houdart, E-7.
Hourtoulle, I-9.
Huguenard (Mlle), E-4.
Huguet (Mlle), Aa-15.
Hurel (J.), I-5.
Iancu, C-14.
Iliovici (Mlle), K-10.
Imianitoff (Mlle), B-7.
Imperiali, J-11.
Isal (P.), P-1.
Isserlis (Mlle), C-10.
Ivaldi, F-9.
Jacob (P.), K-4.
Jacquelin, J-6.
Jacquemin (H.), Z-3.
Jacquemin (J.), F-4.
Jaïs, L-4.
Jaoui, Ab-4.
Japhet, G-2.
Jacquet - Lagrèze, I-9.
Jarny, K-7.
Jeanperrin (Mlle), V-3.
Joannès, G-2.
Joly, Ab-1.
Joué, A-5.
Jouhannaud, Ab-3.
Jourdain, P-13.
Jourde, M-6.
Jourdan - Laforte, P-4.
Jouve (E.), G-6.
Jupeau, I-6.
Juret, L-6.
Kahn-Bruiker (Mlle), H-5.
Kalmar, J-4.
Kamarover, Ab-4.
Kaplan (Mlle), E-13.
Kaufman, K-9.
K'brat, J-6.
Keiser, I-14.
Kerschen, O-1.
Kermac'hou de de Kérauten, L-3.
Kéruzore, C-5.
Kivenko, B-1.
Klein, W-1.
Klein (Mlle), K-4.
Kletter (Mlle), P-20.
Klotz (Mme), Ab-4.
Klotz (A.), I-11.
Kniazeff (Mlle), H-4.
Koechlin (Mlle), I-6.
Koifmann, P-1.
Konazewska Mlle), M-7.
Koo (Mlle), H-12.
Koskinas, E-9.
Kouliche, C-9.
Koviensky, H-1.
Koupernik, F-2.
Kowalska (Mlle), H-15.
Krajevitch (Mme), V-5.
Krajevitch, G-6.
Krakowsky (élève f. f.), X-8.
Kravieki, H-12.
Kremmer (Mlle), Ab-6.
Krief, H-11.
Krilitchewsky (Mlle), J-5.
Kuczensky, P-1.
Labarre, J-2.
Labat, Ad-3.
Labonde (Mlle), K-4.
Laborderie - Boulou, Ad-1.
Labourie, E-6.
Lacaze, F-5.
Lachovsky (Alex), H-14.
Lacour (J.), I-5.
Lacourbe, F-7.
Laemmer, Z-3.
Lafontaine, H-4.
Lafourcade (A.), P-5.
Lafourcade (J.), P-2.
Lagier, A-11.
Lagrona (Mlle), J-4.
Laham (Edg), O-6.
Laham (Jean), B-8.
Lainey (Mlle), H-15.
Lajoux, H-18.
Lallemand (J.), M-3.
Lallemant, K-3.
Lambert (J.), O-5.
Lamy (J.), Ab-6.
Lamy (R.), Ab-2.
Landau, K-9.
Lanessan (Mlle) (de), E-11.
Langevin (Mlle) C-3.
Lannes, B-9.
Lapeyre (Th.), J-7.
Laprade (Mlle), H-11.
Lardy. Z-3.
Larmoyer (Mlle), J-1.
Larrivé (M.) (Mlle), B-3.
Lasry, H-7.
Lauer (Mlle), P-13.
Lauga, F-3.
Laurent (P.), V-5.
Laurent (G.), G-4.
Laurent (Mlle), A-9.
Lavorde, Ab-3.
Lavat, F-9.
Lavergne, B-2.
Lebas (R.), N-1.
Lebec, G-9.
Lebel (J.), U-1.
Lebettre, P-18.
Le Bihan, X-2.
Lebinson, B-12.
Le Bourg, B-6.
Lebreton, G-2.
Leca, R-1.
Le Cain, Ar-1.
Lecour (Mlle), P-20.
Lecour, L-8.
Lécuyer (Mlle), R-1.
Leddet, L-5.
Ledrut (Mlle), B-7.
Lefébure, B-3.
Le Floch, W-2.
Le Forestier, P-11.
Lefort (A.), K-6.
Lefort (J.), H-3.
Legendre (Jacques), P-19.
Legendre (Jean), P-4.
Legendre (R.), D-3.
Léger (M.), A-4.
Legrand (R.), P-20.
Lehec, W-4.
Lhermet, I-1.
Leib, P-12.
Leibovici (M.), Z-2.
Leiser, L-7.
Llech (Mlle), H-5.
Le Lorier (G.), Aa-1.
Lemaire (M.), B-9.
Lemaire (R.), F-9.
Lemaître (Mlle), L-6.
Leménager, I-9.
Lemierre (J.), I-5.
Lemerre (L.), C-10.
Le Moal, K-2.
Lemoine (G.), O-4.
Lemoine (A.), L-1.
Le Nail, D-6.
Le Naour, Ag-1.
Lenormand, Ag-2.
Lenseigne (Mlle), G-5.
Le Ricolais (Mlle), F-7.
Leroy (R.), L-8.
Le-Tan-Vinh, Aa-5.
Letard, A-9.
Leulier, Ab-4.
Leuthreau (Mlle), E-6.
Leveillé, M-4.
Lévi (A.-R.), M-3.
Levine, P-5.
Lévy (Mlle), W-3.
Lévy (Alf.), I-9.
Lévy (E.-J.), V-1.
Lévy (Jacob), M-4.
Lévy (Jean), G-14.
Lévy (L.-L.), Y-2.
Lévy (Marc), I-4.
Lévy (Mich.), G-6.
Lévy (Pierre), H-11.
Lévy (Sadia), C-13.
Lewinson, K-9.
Libaude, D-5.
Libert (A.), I-15.
Lieurade, K-7.
Lion, V-6.
Lochard, G-8.
Lodyjensky (Mlle), B-7.
Loiseau (Mlle), U-2.
Longeaux (Mlle), V-7.
Lorton (Mlle), K-1.
Loubry, V-5.
Loudent (Mlle), F-12.
Louin, S-1.
Loulergue, A-1.
Loupias, E-13.
Loygue, K-3.
Looze (de) (Mlle), H-16.
Lustak, H-4.

Mabille (B.), Q-2.
Magallon-Graineau (Mlle), Q-1.
Maigne, F-1.
Maille, E-7.
Maïm, F-15.
Malange, P-10.
Malherbe, O-2.
Mallet (J), M-4.
Manillier, H-15.
Manuel, C-8.
Manny, W-3.
Marc (Mlle), N-4.
Marche (J.), U-2.
Marchal (L.), V-1.
Marchand (Mlle), I-7.
Marchat, I-10.
Marchenay, H-10.
Marchon, H-16.
Marcille (Mlle), D-2.
Marcotte, V-8.
Mariage, X-2.
Mariaux, D-1.
Mariette, G-9.
Marlingue, A-7.
Marmier, I-12.
Maronet (Mlle), I-1.
Marquand, K-10.
Martin (Jean), G-8.
Martin (Paul), I-14.
Martinet, O-6.
Marx (Mlle), N-3.
Massebœuf, L-6.
Masmonteil (H.), I-16.
Masse, I-11.
Masson (Mlle), Ab-5.
Massonnet, I-12.
Matet (Y), G-7.
Mathé, P-14.
Matheron, A-8.
Mathias (J.-B.), I-1.
Mathieu (Cl.), B-13.
Mathieu de Fossey, Ad-3.
Matheron, A-8.
Mathey, C-15.
Mattei (Mme), E-7.
Mauduit, H-3.
Maugeais, C-6.
Maureil-Deschamps (Mlle), Aa-3.
Maurel (J.), D-2.
Maurice, Ab-2.
Maurin, Ac-5.
Maury, M-8.
Mawas, K-6.
Mazares, K-6.
Mazel, J-15.
Mazzoli (Mme), née Imer, H-17.
Medioni (Mlle), Aa-6.
Medvedeff, P-5.
Meininger, I-12.
Meker, P-11.
Melun, J-13.
Mendras (P.), F-1.
Meng, I-11.
Mennerat, J-5.
Menut, A-6.
Méplain (Adrien), K-1.
Mercadier, H-7.
Mercier (A.), F-10.
Mercier (Ed.), J-11.
Mercier (Mce), Q-2.
Merian, I-12.
Merle (Mlle), Z-2.
Merlin (Mlle), E-4.
Meslin, W-2.
Mesnier, G-9.
Messer, W-8.
Métaïs, G-2.
Métropolitansky, I-8.
Meunier (A.), C-1.
Meunier (Jean), H-2.
Meunier (J.-J.), B-2.
Meyer (B.), G-8.
Meynard (Mlle), B-7.
Michaud, J-8.
Michiels, Ac-3.
Miégo, N-1.
Mignot, K-3.
Millner, G-7.
Milstein, D-1.
Mintz, P-19.
Mioni, C-8.
Mirabail, U-2.
Mirès, R-1.
Missonnier, K-7.
Moncany, B-4.
Monnerot, B-8.
Moday (Mlle), V-5.
Monié (J.), K-2.
Monod (E.), G-8.
Monod-Broca, K-8.
Monprofit, F-2.
Montantin (élève f. f.), G-15.
Mordo, K-11.
Morer, C-11.
Morilière, W-4.
Morin (J.) Mlle, V-3.
Morin (P.), F-9.
Morin-Gauthier, F-9.
Mottez (Mlle), F-17.
Moulle, H-6.
Moullec, Ab-3.
Mouret, I-7.
Moussié (Mlle), H-4.
Mouzon, W-2.
Mselati, Ab-2.
Muller (F.), Ab-1.
Muller (J.), P-19.
Muraccioli (Mlle), F-12.
Naline (Mlle), D-6.
Nalpas, C-14.
Nanty, H-6.
Narboni, L-5.
Narevsky, K-1.
Narlian (Mlle), P-5.
Nattan-Larrier (Mlle), W-3.
Naudin, J-12.
Nebout, K-1.
Nespoulous, C-7.
Neveux, P-18.
Neyrat, F-10.
Nguyen,Khac-Than, I-12.
Nguyen-Khac-Vien, V-1.
Nguyen-The-Dai, E-13.
Nicole, F-12.
Niégo, P-3.
Noal, X-3.
Noë (E.), P-6.
Noël (P.), D-4.
Nolot, I-6.
Nomdedeu, L-2.
Nordin, G-3.
Noufflard (Mlle), X-1.
Nugues, C-12.
Ochsembein, K-6.
Oganesoff (Mlles), J-5.
Oger, B-8.
Orlia, M-8.
Orliac, E-10.
Orsoni (Mlle), Q-1.
Oteifa, M-1.
Oudot, K-12.
Ourceyre, P-6.
Palacci, H-12.
Paley, F-4.
Pannetier (Mlle), E-9.
Palmer, B-15.
Paraf (A.), Aa-5.
Pardon, X-2.
Parienté (Mlle), G-7.
Parrot, Ac-5.
Patin, P-6.
Pauliac (Mlle), A-7.
Pécaud (Mlle), B-9.
Pecheux, E-1.
Peiffert (J.), I-12.
Pelbois, X-1.
Pellerin, K-5.
Pellet, P-7.
Pellot, P-5.
Pépin, G-4.
Perdrizet, J-1.
Perier, X-3.
Perillo, B-11.
Perraudin, D-3.
Perrier (P.), I-3.
Perrimond, Ac-4.
Perrin (Ch.), D-6.
Perrotin, L-5.
Perroy (élève f. f.), Q-4.
Person (de), K-13.
Pertusier, B-2.
Pesle, C-9.
Pestel, B-10.
Petit-Gellé, A-9.
Petitot (H.), H-14.
Peyron, F-16.
Philippe (Mme), G-10.
Pialoux, Aa-1.
Piana, G-13.
Piarrat, W-6.
Picard (J.), N-1.
Pichereau, I-14.
Pichon, H-1.
Pichot (P.), M-4.
Pichot de Champfleury, Ab-3.
Picot (H.), V-1.
Picot (Lucien), B-16.
Piérart, W-2.
Pillet (J.), B-13.
Pilot, C-14.
Pillois, K-8.
Pilven, B-9.
Pimpaneau, F-4.
Piobetta (Mlle), B-9.
Pistre, D-7.
Pitollet, E-4.
Planchon K-2.
Pley, J-8.
Plumenail, J-11.
Poiré (Mme), née Hayot, G-10.
Poirier (Mce), L-3.
Poirier (René), O-3.
Pomès, A-8.
Pondaven, G-9.
Ponsar, P-2.
Ponson, G-1.
Porte, G-8.
Pouchol, Aa-6.
Pouget, Q-3.
Poujol, J-6.
Poulain, Aa-7.
Poulet, H-5.
Poullain, C-10.
Pouponneau, W-4.
Poveda-Estrada, E-11.
Pozerski (Mlle), Ab-10.
Pradelle, W-5.
Pradoura, F-16.
Prélauné de Céleron (Mme), A-7.
Prestot, W-2.
Pribat, C-12.
Prigent (Mlle), C-1.
Prost-Clerc (Mme), B-1.
Proux (Mlle), B-5.
Prozynski (Mlle), C-11.
Puget (Mlle), C-1.
Pujol (Mce), J-6.
Quéneau, Ac-1.
Quintescu, C-5.
Quéret (Mlle), P-11.
Raab (Mlle), C-14.
Rabut (Mlle), V-5.
Racovsky, G-13.
Radjai, E-1.
Radzievsky, Ab-9.
Rahmani, Ab-9.
Rainaut, U-1.
Ramadier (J.), P-9.
Ramaroni, K-10.
Rapidel (Mlle), B-9.
Rathery (M.), K-3.
Raulin, J-10.
Ravet (Mlle), P-9.
Raymond (Mlle), Aa-2.
Raymond (J.), D-5.
Réau (Mlle), Ac-2.
Redonnet, A-4.
Rehfeld, E-14.
Reichmann, F-9.
Rein (Mlle), A-6.
Rémond, A-5.
Renard (Mlle), (él.), f. f.), L-12.
Renard (P.), I-1.
Renaud (Cl.), P-11.
Renault (P.), I-2.
René, I-8.
Retailleau, J-6.
Reverdiau, F-1.
Rey (J.), H-14.
Rey (Mce), M-6.
Reymond (J.), B-8.
Ribay, A-1.
Richard (H.), Ag-2.
Rintzler, F-1.
Ripart, Aa-5.
Robert (H.), F-2.
Robert (J.), C-1.
Robin (J.), I-10.
Rœswiswald, Ab-5.
Boissard de Bellet (Mlle), E-1.
Rongier, Ab-6.
Ronjeau, I-6.
Rosenberg, P-6.
Rosenthal (Mlle), Z-2.
Rosenwald, Ac-4.
Rosenwald (Mme), K-11.
Rosenweig, P-7.
Rosey, P-6.
Roy (G.), K-2.
Rozenberg (Mlle), W-3.
Rozemblum, P-15.
Rouault de la Vigne, K-2.
Rouff, I-6.
Rouget (J.), J-4.
Roulin, M-8.
Rousseau (G.), D-4.
Rousseau J.), C-2.
Rousset (Mlle), J-2.
Routier, Aa-1.
Rouvier (Mlle), A-5.
Roux, X-4.
Roux (J.), V-1.
Roux (M.), P-15.
Rudelle (de) (A.), J-15.
Rudelle (V.), C-7.
Russak, Aa-13.
Ryckewaert, P-9.
Saglio, D-1.
Sahuqué, G-3.
Saïd, G-7.
Saint-Hilier, P-4.
Salinesi, Z-3.
Salmona, I-11.
Saloff (Mlle), Ab-10.
Samama (J.), G-4.
Samie, P-15.
Santelli (Mlle), F-1.
Santolini, H-1.
Sapin-Jaloustre (J.), F-1.
Sapin-Jaloustre (H.), F-1.
Sapir, I-15.
Sarfati (A.), Ab-9.
Sarfati (E.), A-13.
Sarrazin, H-6.
Sassier, C-18.
Satgé, V-7.
Sauzède, H-7.
Sauzier, H-7.
Savaton (Mlle), B-9.
Savouret, I-6.
Schaap, I-8.
Schatz (J.), J-9.
Schapiro, H-5.
Schauving (Mlle), B-5.
Scherer (P.), P-8.
Schermann (Mme), S-1.
Scherer, A-4.
Schmit (Mlle), G-1.
Schuster, Ab-1.
Schuster, A-6.
Schwob, G-10.
Sclafer (J.), Aa-2.
Sclafer, L-2.
Sebage, P-7.
Sebban Ch.), H-14.
Sebban (Ch:), J-7.
Sébillotte, J-6.
Seibel, P-19.
Seibel (H.), Q-3.
Seiffert, F-6.
Seilinger, E-9.
Seilinger (Mlle), E-1.
Sénécal, L-3.
Sergent (Y.), I-10.
Seropian, G-8.
Séror (Mlle), V-3.
Serres, P-2.
Serrex, V-6.
Sersiron, D-2.
Sethian, I-8.
Sevaux (B.), C-9.
Sevaux (F.), P-13.
Sevegrand, G-4.
Sevestre, V-1.
Sibertin-Blanc, I-4.
Sibertin-Blanc (Mlle), I-16.
Sichère, Ab-5.
Sigaléa, C-6.
Sikorav (Mlle), C-5.
Simon (A.), I-2.
Simon (G.), W-5.
Sinaud (A.), I-5.
Siraga, H-8.
Sirot (Jac.), Ab-1.
Sirot, X-4.
Sissmann (M.), A-10.
Sissmann, U-1.
Smagghe, P-8.
Smilovici, Ae-1.
Sohier, E-11.
Solal, H-2.
Solignac, I-10.
Salomon, F-8.
Sokolski (Mlle), Z-1.
Soprounoff, E-8.
Sors, H-11.
Souffrin, B-1.
Spriet, P-19.
Stépanoff, K-2.
Stévenin (L.), Y-1.
Stoll, D-8.
Strauss (P.), O-1.
Szpidbaum, P-5.
Szpigielman, H-18.
Szyro-Mojzezs, O-7.
Taïeb (Marcel), P-5.
Taïeb (Roger), P-7.
Talbot, J-12.
Tallet, I-6.
Talpin, G-1.
Tanzi, G-13.
Taptas, K-7.
Tararine, P-4.
Tardieu, C-10.
Targowla, H-5.
Tavernier, B-5.
Tchekhoff, N-1.
Teissandier, H-1.
Temine (Mme), Aa-1.
Tenembaum, F-1.
Tequi, C-10.
Tessler, A-6.
Teurtroy, A-6.
Thévenin, Ar-1.
Thibaut de Champ-vallon (Mlle), D-10.
Thiébot (P.), T-1.
Thiédot (Mlle), P-20.
Thierrart, G-9.
Thierry (J.-M.), V-7.
Thierry (Mlle), B-4.
Thierry-Mieg, (Mlle), P-20.

(Suite) page 768.

Thomas-Lamotte, J-9.
Thuillier, D-5.
Tibi (F.), O-8.
Tibi (M.), J-3.
Tillequin, O-3.
Tillet (Th.), F-1.
Tillet (Ghildès), H-18.
Tixier, C-7.
Tobé, E-13.
Tola, B-6.
Tola (R.), P-19.
Torras (Mlle), D-5.
Torre (P.), Ab-6.
Tostivint (Mlle), V-3.
Toupet, O-1.
Touret, Ac-4.
Tournier (P.), H-8.
Tran-Hun-Tuoc, E-11.
Treps, F-11.
Tricard, P-4.
Trilling (Mlle), Ab-10.
Trocmé (Mlle), J-3.
Tsevrenis, C-9.
Tubiana (Mce), N-1.
Tzanck (R.), C-18.
Uhry (Mlle), F-9.
Ulmann, Ab-3.
Vachon, C-8.
Vanhulle (Mlle), H-2.
Van Quatnem (M.), P-16.
Valadou, C-2.
Valentin, I-14.
Vasquez, W-4.
Vaujour, K-7.
Vaysse, O-1.
Vaysse (Mlle), M-8.
Vayssié, D-5.
Veisc, K-5.
Velter-Marie, P-20.
Venator, E-9.
Verdoux, H-11.
Vermeil, H-4.
Verron (Mlle), Ab-5.
Vettier, C-4.
Veyrières, E-10.
Vézard, F-11.
Vial (Mlle), G-13.
Viala, B-11.
Vialard-Goudon, V-3.
Vialle, W-1.
Viard, E-14.
Vigié, L-7.
Vigoureux, Ac-4.
Villebœuf, J-6.
Villebrun, Z-3.
Villey - Desmeserets (Cl.), F-9.
Vincens (Jos.), Aa-14.
Vincens (Gab.), J-9.
Vincent (Rob.), F-11.
Vincent (Mme), V-6.
Violet (G.), I-9.
Vivarès, I-9.
Voïda (élève f. f.), G-15.
Voimant (G.), X-2.
Voïmant (B.), I-9.
Voitot, J-13.
Vossoughi, P-5.
Wachtel, K-4.
Wallet, H-7.
Wapler (Cl.), I-3.
Wapler (Et.), H-8.
Wapler (Jean), M-3.
Warné, P-7.
Wassef, F-6.
Weber (R.), E-4.
Weil (P.), Ad-3.
Weinberg (Mlle), Ab-2.
Weinstein (Mlle), A-6.
Weisbrod, Ab-2.
Weisman, A-5.
Weiss (Th.), M-5.
Welfling (J.), A-1.
Welfling (P.), A-1.
Wetterwald, K-8.
Wetzlar (Mlle), X-2.
Wior (élève f. f.), I-13.
Wittrant, P-14.
Woimant, X-2.
Woimant, I-9.
Woog (Mlle), P-7.
Wolff (J.), G-12.
Wolk, F-3.
Wolman, X-1.
Ycre, E-6.
Younès, J-10.
Yver, K-1.
Zadikian, L-8.
Zarrabi, E-1.
Zingermann-Herjel, C-13.
Zirah, J-10.
Yagello, M-3.
Zissu, N-1.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 8 MAI 1939.

Nouvelles recherches expérimentales sur la « dysphylaxie » hépatique dans l'infection colibacillaire. — M. HYACINTHE VINCENT.

Charges électriques du sang et choc transfusionnel. — MM. GEORGES JEANNENEY, Ch. WANGERMEZ et G. RINGENBACH.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 23 MAI 1939.

Une vieille notion trop oubliée. La différence de potentiel rétino-cornéen. Son importance théorique et pratique. — MM. A. BAUDOUIN, R. CAUSSÉ, H. FISCHGOLD et J. LERIQUE ont repris l'étude d'un phénomène décrit par Du-Bois-Reymond en 1849, qui concerne la différence de potentiel siégeant entre le pôle postérieur et le pôle antérieur du globe oculaire.

Si l'on place une des électrodes sur chaque région temporale, on constate que tout déplacement du globe oculaire entraîne des variations de potentiel au niveau de ces électrodes : elles sont causées par les déplacements des charges électriques positives et négatives que portent les globes oculaires polarisés.

Les auteurs soulignent l'intérêt théorique de ces faits et les rapprochent d'autres polarisations tissulaires. Ils signalent aussi que ces phénomènes sont

susceptibles d'applications pratiques au point de vue de la nystagmographie et de certaines questions de patologie oculaire. Enfin la méconnaissance de ce phénomène peut entraîner des erreurs dans l'interprétation des électro-encéphalogrammes. Ils expliquent que c'est par cette dernière voie qu'ils ont été conduits à reprendre cette étude.

La vie à bord des sous-marins. — M. le médecin général de 1re classe de la marine, OUDARD, fait un exposé très documenté et très clair de la vie à bord des sous-marins. Après avoir insisté sur l'entraînement qui est donné aux équipages, il étudie les différents problèmes que le sous-marin pose aux médecins et en particulier l'aération, l'absorption de l'acide carbonique, l'enrichissement de l'atmosphère en oxygène. L'air est en outre épuré et assaini d'après la méthode de Trillat (stérilisation par nébulisation).

M. Oudard insiste enfin sur l'hygiène générale, sur l'alimentation et sur la surveillance sanitaire, spécialement pendant les longues croisières. Un très beau film est enfin projeté et nous a fait assister, en particulier, aux manœuvres de sauvetage en cas d'accident.

Il a été très applaudi.

Les lésions anatomo-pathologiques des para-typhoïdes dans la tuberculose de l'adulte. — MM. CARRIÈRE et VERHAEGHE (de Lille), note présentée par M. F. BEZANÇON.

Sur 60 autopsies effectuées chez des tuberculeux, les auteurs n'ont rencontré que dans 3 cas des lésions tuberculeuses typiques des parathyroïdes. Malgré le degré d'extension des lésions, l'atteinte de deux des glandes chez un sujet, les auteurs n'ont jamais observé de manifestations cliniques d'insuffisance parathyroïdienne totale ou partielle.

Sur 28 cas sélectionnés et qui ne représentent que des observations de tuberculose presque pure, les constatations les plus fréquentes ont été les suivantes : 1° aspect compact de la glande ; 2° hypérémie très marquée, véritable hypérémie disséquante ; 3° exagération de la trame conjonctive, véritable cirrhose des parathyroïdes ; 4° dégénérescence granulo-graisseuse des cellules chromophyles.

L'organisation des centres militaires de transfusion sanguine de sang conservé. — Médecin général CAUSERET et Professeur JEANNENEY (Bordeaux).

On est en droit de supposer que, dans les premiers jours, forcément troublés, d'une mobilisation générale, les *donneurs* ordinaires risqueraient de faire défection. Il y a donc intérêt à recruter dès le temps de paix des donneurs parmi les ouvriers d'usines ou de chemins de fer mobilisés « sur place dans leur emploi spécial ». Les *donneurs universels* recevraient une fiche spéciale annexée à leur ordre de mobilisation et leur prescrivant de se présenter au Nème jour de la mobilisation au Centre de Transfusion le plus proche.

D'une première prospection faite dans une seule usine de construction pour l'aviation militaire, MM. Causeret et Jeanneney estiment qu'ils pourraient fournir, en tenant compte des autres usines, 5 litres de sang par jour (soit 20 transfusions) pendant 2 mois et demi.

Pendant ce temps on organiserait le recrutement des *donneurs volontaires* (femmes, étrangers, etc.) pour intensifier au fur et à mesure des besoins les récoltes de sang.

Il y a donc intérêt à organiser dès le temps de paix des Centres jumelés et à former un personnel spécialisé : c'est ce qui a été réalisé à Bordeaux.

Election. — MM. ARGAUD (de Toulouse et ANCEL (de Strasbourg), sont élus correspondants dans la VIe division (science biologique).

NOTES POUR L'INTERNAT

L'ARTÈRE HÉPATIQUE

(suite)

III° *Segment péduculaire ou hépatique propre.*

De profonde qu'elle était, l'artère hépatique devient ici plus superficielle étant contenue dans le bord libre du petit épiploon. Elle contribue à former avec la V.P., les voies biliaires, les lymphatiques et les nerfs, le pédicule hépatique.

I° *Rapports avec les organes du pédicule hépatique.* — *a)* avec la veine porte : l'H.P. chemine sur la face antérieure et gauche de la V.P. Ce n'est que lorsqu'elle provient de la mésentérique supérieure qu'on la trouve sur le bord droit.

b) avec les voies biliaires : l'artère est à gauche de la portion initiale du cholédoque, elle va rester constamment à gauche du canal hépatique en demeurant séparée par un intervalle de 5 à 10 mm. Le cystique n'a que des rapports médiats avec l'H.P., sauf cependant lorsque son embouchure se trouve sur le flanc gauche de l'hépatique.

c) avec les nerfs : le plexus antérieur reste satellite de l'artère, le plexus postérieur plus à droite suit les voies biliaires.

d) Les lympathiques : deux chaînes également, l'une satellite de la voie biliaire avec le ganglion de Quenu au confluent cystique hépatique. L'autre chemine avec l'hépatique avec 3 à 6 ganglions sur son flanc gauche.

e) L'artère et la veine pylorique qui, nées au niveau de la partie moyenne du pédicule gagnent le bord supérieur du pylore en croisant l'artère hépatique par devant.

f) Enfin, l'artère cystique longue qui peut naître plus ou moins bas de l'H.P.

II° *Rapports en dehors du pédicule.* — 1° En avant : 2 organes.

1° le foie qui forme comme un auvent devant le petit épiploon.

2° le duodénum en bas recouvre la partie basse du pédicule et est lui même recouvert par le lobe droit du foie.

Parfois adhérences entre les deux organes : soit par un ligament cystico duodénal ou même cystico duodéno colique, soit qu'il y ait des adhérences pathologiques entre vésicule et duodénum et même colom transverse. D'où importance de la lordose dorsolombaire dans la chirurgie des voies biliaires, « elle ouvre la région sous hépatique comme un livre » (Gosset).

2° En arrière : l'hiatus de Winslow limité :

en avant : pédicule hépatique.
en arrière : V.C.I.
en bas : ligament duodéno hepatocave.
en haut : tubercule caudé du lobule de Spiegel.

Le doigt introduit dans cet hiatus permet, en soutendant ce pédicule d'en dissocier les éléments : la V.P. s'étalant et refoulant à droite la voie biliaire, à gauche l'artère.

IV° *Portion terminale ou hilaire.*

Arrivée à 2 cm du foie, sur le flanc antéro-gauche de la V.P., l'hépatique propre se divise en ses deux branches terminales droite et gauche. Les rapports de ces branches ne peuvent être envisagés qu'après avoir montré la constitution du hile du foie.

A. Le hile du foie. — Sillon transversal profond, situé à la face inférieure du foie et limité :

en avant : Par le lobe carré.
en arrière : Par le lobe de Spiegel avec ses deux tubercules caudé et papillaire.

Longueur 6 centimètres, largeur 12 à 15 mm.

Sur ces deux berges viennent se fixer les feuillets antérieur et postérieur du petit épiploon.

B. Les organes qu'il contient. — 1° la bifurcation de la V.P., forme l'arrière plan avec sa branche droite courte (2 cm) très grosse, semblant continuer le tronc, sa branche gauche plus longue (6 cm) et plus grêle.

2° La voie biliaire principale : est l'élément le plus antérieur ; le confluent de ses branches droite et gauche est intermédiaire en hauteur à la bifurcation portale et à la bifurcation hépatique ; dans l'angle de ces deux branches, on aperçoit la branche droite de la V.P. (Grégoire).

3° La voie biliaire accessoire. Représentée ici par le col de la vésicule est plus à droite et plus antérieure.

4° La bifurcation de l'artère hépatique se fait sur le flanc antérieur et gauche de la portion terminale de la V. P.

(1°) *La branche droite et l'artère cystique.*

La *branche droite* est la plus volumineuse, elle est longue de 2 à 3 cm. Elle se dirige dans le sillon transverse de gauche à droite et légèrement d'avant en arrière.

Née à gauche du canal hépatique, après un trajet de 1 cm, elle croise sa face postérieure étant en contact intime en arrière avec la branche droite de la V.P. Elle arrive alors dans le triangle des voies biliaires de Budde limité :

à gauche : canal hépatique.
à droite : canal cystique.
en haut : le foie.

Dans ce triangle, elle émet l'artère cystique qui gagne le bord gauche de la vésicule biliaire et se divise en une branche droite et une branche gauche. C'est également dans l'aire de ce triangle que la branche droite de l'hépatique se divise en deux ou trois terminales après avoir donné une petite hépatique moyenne pour le lobe gauche et le lobe carré.

La collatérale la plus importante est l'*artère cystique*. Suivant son point d'origine, elle peut être :

a) Soit courte (plus fréquent), elle se porte directement vers le col de la vésicule étant en rapport intime avec le flanc gauche du canal cystique. En tirant sur la vésicule, on fait apparaître le triangle bilio-cystique limité :

en haut et à droite : artère cystique.
en bas : canal cystique.
à gauche : canal hépatique.

La connaissance de ces rapports est capitale au cours de la cholécystectomie.

b) Soit longue, l'artère cystique croise alors la face antérieure du canal biliaire.

M.-H. SERVELLE,
(*A suivre*). (*de Strasbourg*).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie HENRY MAILLET, 8, rue de Châtillon, Paris.

N° 44. — SAMEDI 3 JUIN 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Maladies des enfants, sous la direction de M. L. BABONNEIX.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences. — Académie de médecine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
Défense passive et mobilisation civile, par M. A. HERPIN.

CONGRÈS.
Congrès international de la médecine assurance-vie.

NÉCROLOGIE. — Marcel LABBÉ.

LIVRES NOUVEAUX.

PRATIQUE MÉDICALE.

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. *Section d'obstétrique*. Jury : Président : M. Andérodias, MM. Jeannin, Lévy-Solal, Mocquot, Vayssières, Pancot, Caussade.

Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 27 mai :

M. Bonnafous (Paris) : « Involution interne et ses anomalies ».

M. Rochet (Lyon) : « Déchirure du col d'origine obstétricale ».

M. Jahier (Alger) : « Conduite à tenir chez une femme enceinte tuberculeuse ».

M. Chosson (Aix) : « Diagnostic du travail de l'accouchement ».

M. Péry (Bordeaux) : « Les œufs gémellaires ».

M. Louyot (Nancy) : « Diagnostic de la grossesse au cours des trois premiers mois ».

M. Merger (Paris) : « La villosité choriale normale et pathologique ».

1re Séance du 30 mai :

M. Lévy (Nancy) : « Les rétrécissements du détroit inférieur ».

M. Hartmann (Nancy) : « L'arc antérieur du bassin au point de vue obstétrical ».

Leçon de 3/4 d'heure. 2e séance du 30 mai :

M. Bédrine (Lille) : « De l'accouchement dans les bassins asymétriques ».

M. Caderas de Kerleau (Montpellier) : « Les péritonites aiguës au cours du post-partum ».

M. Fulconis (Alger) : « Les hémorragies internes au cours des trois derniers mois de la grossesse ».

Section de chimie médicale. Jury : Président : M. Tiffeneau ; MM. Polonovski, Strohl, Réchou, Fabre, Giberton, Roche.

Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 24 mai :

M. Joubert (Strasbourg) : « Dioptrique de l'œil normal (physique) ».

M. Valdiguié (Toulouse) : « Données actuelles sur la constitution des protéides basées sur l'étude de la protidolyse enzymatique ».

M. Roux (Aix) : « Principes généraux de radiothérapie (physique) ».

M. Bonnefoi (Paris) : « Application des spectres de la diffration des rayons X à l'étude de la constitution des composés de poids moléculaire élevé en biochimie (chimie) ».

M. Reboul (Montpellier) : « Quantitométrie des rayons X (physique) ».

Leçon d'une heure. Séance du 25 mai :

M. Jayle (Paris) : « Formes de transport de l'ammoniaque dans le métabolisme intermédiaire et rôle biologique général de ces processus (chimie) ».

M. Marquez (Toulouse) : « Propriétés générales des rayons X (physique) ».

Séance du 26 mai :

M. Desgrez (Paris) : « Sensibilité chromatique de la rétine (physique) ».

Séance du 27 mai :

M. Piffaut (Paris) : « Les colloïdes électrolytiques (physique) ».

M. Vincent (Lyon) : « Les composés biochimiques à chaîne isoprinique dans le règne végétal et le règne animal (chimie) ».

M. Auriac (Bordeaux) : « Modes d'application thérapeutique des substances radioactives (physique) ».

Section de médecine générale. Leçon de 3/4 d'heure. Séance du 30 mai :

M. Saric (Bordeaux) : « Angine diphtérique maligne ».

M. Créhange (Nancy) : « Maladie de Raynaud ».

Section d'ophtalmologie. — Sont proposés à la nomination du ministre: MM. Charles Thomas (Nancy), Louis Calmettes (Toulouse).

Section d'anatomie et organogenèse. — Sont proposés à la nomination du ministre : MM. Jean Cordier (Paris), Michel Salmon (Marseille), Anthony Beau (Nancy).

Section d'histologie et embryologie. — Sont proposés à la nomination du ministre: MM. Kehl, Broussy, Klein.

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté de Médecine, réuni le 25 mai, a décidé de proposer à l'agrément du Ministre : M. Lévy-Valensi, pour la chaire d'Histoire, de la Médecine (par 43 voix sur 44 votants) ; M. Velter, pour la chaire de Clinique ophtalmologique (par 42 voix sur 42 votants).

Le Conseil de la Faculté, dans sa séance du Jeudi 25 mai 1939, a maintenu comme sujet du Prix Saintour 1939 : « l'Acidose diabétique ».

Faculté de médecine de Toulouse. — La date de l'ouverture du Concours pour l'emploi de professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, fixée au mardi 25 avril 1939 est reportée au lundi 5 juin 1939.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Lauret est chargé du cours de clinique obstétricale en remplacement de M. Martin, retraité.

Création d'un carnet de santé. — Le ministre de la Santé publique vient de prendre un arrêté créant des livrets de santé individuels et confidentiels délivrés dès la naissance. Dans ces carnets, propriété exclusive du titulaire, « seront consignées les constatations médicales effectuées par les différents praticiens concernant une même personne ».

Marine. — *Commission supérieure d'hygiène et d'épidémiologie de la marine.* — Sont nommés : Président : M. Louis Martin, directeur de l'Institut Pasteur.

Membres : MM. P. Even, sénateur ; Gardiol, député ; Stirn, les professeurs Bezançon, Debré, Lemierre, Tanon, Ramon ; MM. Rist, A. Besson, Grandjean, Dienert, Dimitri, Sentenac et Viborel.

Commission de prophylaxie des maladies vénériennes dans la marine. — Sont nommés, Président : M. le Dr Pierre Even, sénateur.

Membres : MM. Cavaillon, Gougerot, Vernes et Viborel.

Hôpital civil de Constantine. — Etudiant fin scolarité est demandé pour place interne en chirurgie. Ecrire avec références au Directeur.

Marcel LABBÉ
1870-1939.

Après une longue et douloureuse maladie qui, depuis plusieurs mois, l'avait forcé à interrompre son enseignement, Marcel Labbé vient de succomber. Sa mort crée un grand vide à la Faculté, elle sera plus douloureusement ressentie encore par ses élèves, par ses amis qui admiraient le maître et qui éprouvaient pour l'homme si exceptionnellement doué à tous égards le plus affectueux attachement.

Marcel Labbé, né au Hâvre le 31 mars 1870, commença ses études de médecine à l'Ecole de Nantes. Venu à Paris, il est reçu interne des hôpitaux en 1894, dans la promotion de Gosset, Vanverts, Proust, Lenoir et Carnot. Il obtient la médaille d'or. En 1902, il est médecin des hôpitaux ; en 1904, agrégé de médecine ; en 1920, il est nommé professeur de pathologie générale en attendant de devenir professeur de clinique médicale à la Pitié puis à Cochin. En 1920, l'Académie de médecine lui avait ouvert ses portes.

Les maîtres de Marcel Labbé furent en médecine : Hutinel, Debove, et surtout Landouzy. En chirurgie, car rien ne lui était étranger, il fut l'élève de Tuffier et de Lejars, enfin par son mariage avec la fille de Paul Reclus il entra dans une illustre famille de savants et devint le cousin de Jean-Louis Faure.

L'œuvre de Marcel Labbé a porté sur tous les points de la médecine, elle est considérable, mais il faut surtout citer ses travaux sur l'hématologie, les maladies de la nutrition, l'étude du diabète et de l'insuline qui resteront classiques. Dans ses recherches, il fut souvent associé à deux collègues : Gouget, si prématurément enlevé et Fernand Bezançon le plus ancien et le plus fidèle de ses amis...

Bien tristement, nous adressons à Madame Marcel Labbé et à ses enfants, au professeur et à Madame Henri Labbé l'expression très profonde de nos regrets et de notre affectueuse sympathie.

F. L. S.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES DES ENFANTS

Sous la direction de M. Louis BABONNEIX

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis (Annexe Granger).

AFFECTIONS RESPIRATOIRES

La bronchite capillaire et son traitement par la saignée et la transfusion de sang, par B. Tassovatz. *Le Nourrisson,* septembre 1938, p. 288-294.

Dans la bronchite capillaire, le traitement classique, application de révulsifs, administration de toni-cardiaques, oxygène à la phase d'asphyxie, saignée en cas de fléchissement cardiaque, ne réussit que rarement et ne sert, le plus souvent, qu'à retarder l'issue fatale. Les vaccins, sérums, métaux colloïdaux se sont montrés impuissants, ainsi que les médications de choc. Mais on peut, comme l'a montré l'auteur, obtenir d'excellents résultats si l'on recourt à la transfusion de sang précédée d'une saignée abondante. C'est ce que montrent ses trois observations : deux anciennes, et l'une récente, relative à un enfant de 2 ans, atteint de bronchite capillaire arrivée à un stade d'asphyxie et de fléchissement cardiaque très prononcé, et qui guérit à la suite d'une saignée abondante (170 cm^3), suivie, dans les deux heures, d'une transfusion sanguine de 120 cm^3. Pour la saignée comme pour la transfusion, il faut utiliser le sinus longitudinal supérieur. L'intervention sera faite sur l'enfant assis et complétée par l'usage, en cas de collapsus, d'ouabaïne en injection intra-musculaire, en cas d'hyperthermie, de bains progressivement refroidis. Le traitement doit être fait au début de la phase d'asphyxie.

L. BABONNEIX.

La fièvre pneumonique chez l'enfant, par C. Gianelli et E. Palerffo. *Archivos de Pediatria del Uruguay,* t. IX, mai 1938, n° 5, p. 269-272.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la courbe thermique de la pneumonie consiste en un « plateau » caractéristique, avec une « montée » et une « descente » également brusques. Mais il peut exister aussi une fièvre à type irrégulier, intermittent, que les auteurs, dans un travail antérieur, avaient trouvée 17 fois sur cent chez le nourrisson. Cette forme de tracé thermique indique, pour Zerbino, une complication de bronchite ou de pleurite, pour Pelfort une complication otitique, quand elle est tardive. Ces cas avaient été déjà signalés par Morquio. Les auteurs en rapportent deux nouveaux, relatifs, le premier, à un enfant de 22 mois chez lequel, tout au long de sa pneumonie, qui se déroula sans complications, le tracé thermique affecta le type intermittent, le second à un enfant de 6 ans qui, à la suite de la rougeole, eut une fièvre irrégulière jusqu'à la crise pneumonique, et indépendante de toute complication.

L. BABONNEIX.

AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF

Erreurs de diagnostic concernant l'appendicite de l'enfant, par R. M. del Campo. *Archivos de Pediatria del Uruguay,* t. IX, juin 1938, n° 6, p. 321-328.

L'appendicite de l'enfant est si polymorphe qu'elle peut donner lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. Il faut donc, toutes les fois qu'on a lieu de la soupçonner, procéder à un interrogatoire serré : y a-t-il des antécédents d'indigestions répétées, avec douleurs épigastriques périombilicales, à un examen soigné, en se rappelant la localisation lombaire de l'appendicite rétrocœcale, si fréquente chez l'enfant, les localisations hautes sus-hépatiques et, inversement, basses, en cas d'appendicite pelvienne, ou encore avec des douleurs revenant à heure fixe et disparaissant sans laisser la moindre trace. N'oublions pas, non plus, qu'il peut survenir une diarrhée intense ou mucosanguinolente. On peut confondre la maladie avec certaines affections de l'hémithorax droit : surtout pneumonie, encore que les deux puissent coexister ; avec certaines pyélites, que caractérise la présence de pus dans les urines, avec l'adéno-phlegmon-iliaque, dont on voit la porte d'entrée et où il y a séparation évidente, appréciable à la palpation, entre la tuméfaction et l'arcade crurale (Rivarola), qu'il convient d'ouvrir par la voie extra-péritonéale, avec l'ostéomyélite marginale de l'os iliaque (Kirmisson). Chez les fillettes, il faudra penser à la torsion du pédicule d'un kyste ovarique, que, seule, l'opération décèle, et aux poussées congestives de l'ovaire précédant la première menstruation ; à la tuberculose cœcale, où il y a un plastron douloureux et où l'état général est mauvais ; au phlegmon périrénal, avec douleurs lombaires intenses irradiant à la cuisse, aux fesses, aux organes génitaux, surtout quand sa localisation est antérieure, ce qui est fréquent chez l'enfant ; à l'invagination intestinale, que révèlent et la palpation profonde et le toucher rectal ; aux poussées abdominales du rhumatisme articulaire aigu ; à la fièvre typhoïde au début ; aux vomissements acétonémiques, qui ont pour eux la présence d'acétone dans l'air expiré et dans les urines. L'auteur a pris une fois pour une appendicite un volvulus de la vésicule. Il rappelle, en terminant, les formes apyrétiques, hypertoxiques, si graves, parce que trop longtemps méconnues.

L. BABONNEIX.

INFECTIONS

Altérations de la colonne vertébrale consécutives au tétanos. Deux observations, par Bonaba, Pieroni, Mourigan et Barberousse. *Archivos de Pediatria del Uruguay,* t. IX, juin 1938, n° 6, p. 350-359.

Les auteurs rapportent deux cas de tétanos survenus chez des enfants et suivis de déformations vertébrales analogues

à celles qui ont déjà été décrites par Vigano, Mulcahy et Wilhelm. Ces lésions prédominent sur la colonne dorsale supérieure et médiane, de la 3e à la 9e et, particulièrement, de la 5e à la 7e vertèbre. Anatomiquement, aplatissement des vertèbres et destruction des trabécules osseuses, sans trace d'inflammation. Ces déformations sont dues, d'après les classiques, à la contracture tétanique des muscles péri-vertébraux, associée à des lésions d'ostéoporose, à des troubles circulatoires et à des perturbations du système neuro-végétatif. Dans le premier cas des auteurs, le calcium et le phosphore sanguin étaient normaux. Le pronostic est généralement favorable, d'autant que l'amélioration est parfois spontanée ; d'autres fois, elle semble favorisée par l'immobilité sur un lit rigide.

L. BABONNEIX.

Contribution à l'étude de notre pathologie infectieuse régionale. par J. BONABA et J. GIAMPIETRO. *Archivos de Pediatria del Uruguay*, IX, mars 1938, n° 3, p. 129-146.

La statistique des auteurs se fonde sur le matériel de la Clinique des Enfants de Montevideo, de 1926 à 1936. En ce qui a trait au génie épidémique, la rougeole, les oreillons et la maladie de Heine-Medin se maintiennent à l'état épidémique, et encore, non absolument. Les autres maladies sont endémiques ou endémo-épidémiques, la rage étant considérée comme une maladie accidentelle, et le paludisme comme une maladie exotique.

C'est la diphtérie qui a fourni le plus de cas, suivie par la fièvre typhoïde, la pneumonie, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, le rhumatisme.

La fièvre typhoïde est plus fréquente en été, la pneumonie, au printemps et en hiver, la diphtérie en automne. La maladie de Heine-Medin sévit surtout au printemps et en été.

Les principales poussées épidémiques appartiennent à la diphtérie, à la coqueluche et à la rougeole. Comme la fièvre typhoïde, elles ont, chaque année, des poussées, de telle sorte qu'elles sont périodiques en même temps qu'épidémiques.

La plus grande mortalité est représentée par la diphtérie : viennent ensuite le rhumatisme, la rougeole, la fièvre typhoïde, la coqueluche et la scarlatine.

Les pourcentages les plus élevés de la mortalité appartiennent à la rage, à la méningite cérébro-spinale à méningocoques et au tétanos.

Si l'on met à part la rage, la méningite à méningocoques et le tétanos, les affections les plus graves sont le rhumatisme, la diphtérie, la coqueluche, la maladie de Heine-Medin, et, chez les sujets non complètement sains, la rougeole. Ces maladies sont précisément celles que l'on peut le mieux combattre par une hygiène appropriée, ou par l'usage de sérums de convalescents, ou par ces deux méthodes associées. Malheureusement, pour la rougeole, le sérum de convalescents est difficile à se procurer en grandes quantités et l'immunité obtenue est de courte durée. Pour la thérapeutique précoce du rhumatisme, il faudrait faire comprendre au grand public que la maladie est d'autant plus grave qu'elle a été prise plus tard. Pour la diphtérie, il y aurait lieu de recourir à la vaccination précoce et systématique. Pour la fièvre typhoïde, c'est surtout une question de prophylaxie.

L. BABONNEIX.

AFFECTIONS DU NOURRISSON

Notes cliniques sur l'emploi du lait acidifié chez le nourrisson hypotrophique, par M. MAILLET. *Le Nourrisson*, septembre 1938, p. 277-286.

Chez les nourrissons hypotrophiques ou hypothrepsiques, le lait sec acidifié est un aliment hypercalorique, souvent bien toléré pendant une longue période et grâce auquel on peut réaliser de belles augmentations de poids.

Cette action favorable est surtout manifeste chez les hypotrophiques ne présentant pas de troubles digestifs : elle donne cependant de moins bons résultats que le lait ordinaire coupé d'une décoction farineuse.

Chez les hypotrophiques atteints de troubles digestifs, il faut distinguer.

Au déclin des accidents aigus, il ne réussit qu'à un taux faible (8 à 10 % de poudre) et encore, dans ces cas, mieux vaut lui substituer le babeurre sec farineux.

Dans les dyspepsies subaiguës, il donne à peu près autant d'échecs que de succès.

Il ne réussit pas dans les dyspepsies avec vomissements.

Chez les hypotrophiques infectés, il ne paraît pas supérieur aux autres modes alimentaires.

En somme, il ne se montre pas supérieur aux modes d'alimentation classiques chez les hypotrophiques sans troubles digestifs ; de même chez les hypotrophiques avec troubles digestifs, où, pour qu'il soit bien supporté, il faut qu'il soit très dilué.

L. BABONNEIX.

Maladie cœliaque, par HELERWEIRT (Louvain) (*Société belge de Pédiatrie*, 2 avril 1938.)

L'auteur rapporte deux cas de maladie cœliaque par lui suivis dans le service du prof. Maldague. Les symptômes prédominants furent l'abondance particulière et la mauvaise digestion des selles, l'intumescence du ventre et le retard considérable de la croissance : ces trois signes constituant la triade symptomatique de la maladie cœliaque ou infantilisme intestinal.

Ces deux enfants avaient été alimentés au sein.

Chez l'un, l'infection a débuté au huitième mois, chez l'autre, au dix-septième. Tous les deux présentaient des modifications du caractère, une grande hydrolabilité ; l'un présente un retard dans l'apparition des noyaux d'ossification, l'autre, une anémie modérée et une forte hypotonie.

Le traitement a consisté en un régime riche en albumine, pauvre en graisses, avec des fruits (bananes et oranges). Ce régime a suffi pour améliorer et guérir le premier. Dans le deuxième cas, il est à remarquer que l'amélioration n'est apparue qu'à partir du moment où l'on a administré les extraits hépatiques.

L. BABONNEIX.

Tuberculose du nourrisson et son aspect social, par C. GIANELLI et A. U. RAMON GUERRA. *Archivos de Pediatria del Uruguay*, IX, mars 1938, p. 148-151.

En s'appuyant sur six cas personnels, les auteurs montrent que le facteur principal de contagion est le défaut de collaboration entre les divers organismes de la lutte antituberculeuse. Ils insistent sur les dangers de l'hospitalisation, avec l'enfant, de la mère ou de personnes de la famille porteuses de lésions infectantes. Il y aurait donc lieu d'établir une meilleure collaboration entre les Gouttes de lait et les Dispensaires antituberculeux. Ceux-ci ne devraient-ils pas communiquer à ceux-là les noms des adultes tuberculeux assistés, de sorte que la visiteuse sociale puisse voir s'il y a, dans leur voisinage, des enfants risquant d'être contaminés, et assumer, en ce cas, les moyens nécessaires ? La Société de pédiatrie de Montevideo devrait prendre l'initiative d'une campagne contre la tuberculose.

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Lorenzo y Deal montre qu'à l'hôpital Péreire-Roussel, ces mesures sont déjà appliquées ; M. P. Cantonnet fait observer que la principale difficulté qu'on éprouve à les imposer, c'est qu'elles sont d'ordre médico-social. La quantité des engrenages est telle que, pour mettre en marche une machine aussi lourde, on a besoin de ressources immenses que l'Etat doit procurer, la tuberculose étant un problème de gouvernement, qui touche à la misère, au chômage, à l'ignorance, etc. En Uruguay, la lutte antituberculeuse envisagée du point de vue médical, a été très bien organisée par le Dr. J. Martirené, qui a eu le mérite de créer des dispensaires, une maison maternelle, un cours de visiteuses. Reste le côté social, beaucoup plus complexe et, il faut le dire, exigeant, pour la réussite, beaucoup d'argent. M. Escardo y Anaya considère que la coordination des divers services est une des plus difficiles à réaliser en pratique. Un fichier central, comme il l'a organisé, prévoit la fiche-guide de chaque enfant, que tout médecin pourra consulter et compléter. Il reste, malheureusement, étant donné la dureté des temps, dans le domaine de la théorie.

L. BABONNEIX.

Troubles de l'équilibre acide-base dans le rachitisme et la tétanie infantiles, par TADEUS GIZA. *Archives de médecine des enfants*, t. 41, n° 10, octobre 1938, p. 633-635.

Il existe, chez les rachitiques atteints de tétanie, une tendance au déplacement de l'équilibre acide-base vers l'alcalose, s'exprimant par l'accroissement de la réserve alcaline et par l'abaissement de l'index du chlore sanguin, ou seulement par la diminution des coefficients ammoniacaux de l'urine. Les modifications sanguines et urinaires ne sont d'ailleurs pas forcément parallèles. Aussi est-il impossible de se fonder, pour le diagnostic des perturbations de l'équilibre acide-base, sur l'examen des seules urines ou du sang seul. De même, la réserve alcaline ne suffit pas à discerner les justes rapports. Dans l'estimation des troubles de l'isohydrie, rien ne vaut l'étude de l'indice globulo-plasmatique du chlore sanguin.

Ni l'acidose dans le rachitisme, ni l'alcalose dans la tétanie ne constituent un trouble causal et essentiel. En effet, pour le premier, l'organisme ne réagit que trop souvent aux diverses influences morbides par une tendance acidosique des humeurs ; dans la seconde, les symptômes peuvent se manifester lors d'une acidification manifeste de l'organisme.

L. BABONNEIX.

Erythème fessier et eczéma séborrhéique, par B. VIGNALE et C. GIANELLI, *Archivos de Pediatria del Uruguay*, t. IX mai 1938, N° 5, p. 278-282.

Les auteurs se proposent, dans leur mémoire, d'insister sur les rapports de l'érythème fessier du nourrisson et de l'eczéma séborrhéique, cet érythème n'étant, dans la majorité des cas, qu'une forme d'eczéma séborrhéique, ou, si l'on préfère, ne se développant que sur un terrain séborrhéique. Ne le voit-on pas précéder ou suivre cet eczéma ? Lorsqu'il dépasse les limites habituelles, lorsqu'il se généralise, ne prend-il pas l'aspect de l'eczéma séborrhéique ? La dermatose isolée par Moussous (1905), puis par Leiner (1908), n'est-elle pas voisine à la fois de l'eczéma séborrhéique et de l'érythème fessier ? Dans 25 cas des auteurs, il y avait coexistence d'érythème périnéal et de séborrhée. Celui-là n'est donc qu'une localisation de celle-ci sous l'influence de facteurs locaux.

L. BABONNEIX.

Maladie d'Addison chez l'enfant, par F. R. B. ATKINSON, *The british Journal of Children's Diseases*, nos 412-414, vol. XXXV, avril-juin 1938, p. 96-116.

La maladie est rare chez l'enfant. L'auteur fait toute la bibliographie de la question, depuis le premier cas, qui a été publié par Hutchinson en 1855, et qui concernait un garçon de 12 ans qui mourut en dix-huit mois de cachexie avec mélanodermie, malgré les traitements les plus variés : iodure de potassium, mercure, carbonate d'ammoniaque, jusqu'au dernier, de Borghini (1937). Le symptôme initial est généralement la mélanodermie, précédée de faiblesse et de fatigue. La diarrhée est plus fréquente que chez l'adulte. A mesure que la maladie progresse, tous les symptômes s'aggravent, surtout la fatigue. Les troubles digestifs sont très marqués : perte d'appétit, vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée. La fièvre n'est pas rare. La pigmentation est plus marquée aux endroits exposés à la lumière ; elle peut être rendue plus nette, au début, par l'application d'un vésicatoire. Cheveux et ongles se pigmentent. Il peut survenir des douleurs localisées, soit aux membres inférieurs, soit à l'abdomen. La pigmentation des muqueuses est inconstante. Il y a de l'hypotension artérielle par insuffisance d'adrénaline, le pouls est mou, petit, rapide. La fièvre est généralement due à une tuberculose pulmonaire associée ; mais, à la fièvre, peut se substituer de l'hypothermie. Les convulsions et l'incontinence d'urines ne sont pas exceptionnelles. La maladie progresse rapidement et la mort subite a été souvent notée : elle est due à une brusque suppression des fonctions des surrénales ou aux lésions des ganglions nerveux ou des branches du sympathique inhibant l'action du cœur.

La maladie d'Addison est un peu plus fréquente chez ses garçons ; elle frappe surtout les enfants au-dessus de 10 ans. L'examen nécropsique révèle des surprises : atrophie des surrénales, ou absence de l'une d'elles. Dans quelques cas, ces glandes ont été trouvées normales. La tuberculose des poumons, du grand sympathique, des ganglions semi-lunaires, des ganglions mésentériques a été souvent signalée.

Le pronostic est grave : un seul cas de guérison dans la statistique, et encore est-il sujet à caution. Des améliorations passagères ont été notées. Le traitement comporte, par définition, l'administration d'extraits surrénaux et la prescription des médicaments en usage pour combattre la tuberculose.

L. BABONNEIX.

Maladie amyloïde et épreuve du rouge Congo, par P. CANTONNET, H. LIEUTIER, H. CANTONNET et W. AYALA. *Archivos del Pediatria del Uruguay*, t. IX, mai 1938, n° 5, p. 289-291.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, atteint de mal de Pott avec abcès ossifluents, cachexie tuberculeuse, couleur cireuse de la peau, albuminurie massive et signes discrets d'irritation rénale : urée è o g. 69, hypertension artérielle, sans œdèmes. Cholestérinémie : 2 g. p. 1000 ; hypoprotéinémie avec augmentation des globulines et diminution des sérines ; absence, dans l'urine, de corps biréfringents. En présence de ces signes, les auteurs pensent à une dégénérescence amyloïde, d'autant que la rate et le foie étaient énormes, et pratiquent l'épreuve du rouge Congo, colorant vital qui possède la propriété de se fixer sur la substance amyloïde. Ce colorant, injecté dans les veines, ne reste pas dans le sang, comme le montre une ponction veineuse pratiquée au bout d'une heure et ne passe pas dans les urines : il s'était donc fixé sur la substance amyloïde.

L. BABONNEIX.

Contenu bactérien du lait de femme et action bactériolytique, par Bauza et Saizar, *Archivos de Pediatria del Uruguay*, t. IX, mai 1938, n° 5, p. 273-276.

Il existe, dans le lait de femme une lysoenzyme (1) qui, douée de propriétés bactériolytiques assez actives, varie avec chaque lait : la lyse bactérienne est d'autant plus énergique que le lait contient davantage de cette enzyme. Le lait conservé à la glacière a un titre bactérien égal ou inférieur à celui qu'il avait au début, au bout de 24, et une légère augmentation au bout de 48. Il n'y a aucun inconvénient à administrer ces laits, à des enfants prématurés ou normaux, dans les 48 heures qui suivent la traite, à condition qu'ils aient été conservés à la glacière entre 4° et 10°.

L. Babonneix.

Habitus asthénique, par B. Soria, *Archivos de Pediatria del Uruguay*, t. IX, juin 1938, n° 6, p. 336-341.

L'auteur insiste à nouveau sur le fait que, traitées de bonne heure et convenablement, nombre d'anomalies constitutionnelles, morphologiques et fonctionnelles peuvent guérir, épargnant ainsi à ceux qui en sont atteints de contracter une affection broncho-pulmonaire. Qu'entendre par *convenablement ?* Cela veut dire en associant l'action du climat, une hygiène bien comprise, un régime alimentaire convenable et une éducation appropriée. C'est surtout au type asthénique de Stiller que s'appliquent les propositions précédentes. Il se caractérise par des signes faciles à rechercher : maigreur, étroitesse du thorax, obliquité des côtes, angulation épigastrique très aiguë, omoplates détachées ; cyphose dorsale et lordose lombaire, épaules tombantes, cou long, exagération des creux sus et sous-claviculaires, extrémités grêles, longues et déliées ; coloration bleuâtre de la peau des membres, dont les extrémités sont froides et humides ; attitudes relâchées, liées à l'hypotonie musculaire et ligamenteuse, dont dépend aussi l'impotence musculaire. La physionomie est typique : yeux humides, brillants, orbites creuses, dilatation variqueuse des veines de la conjonctive bulbaire, se détachant sur le fond blanc-bleuté de la sclérotique; quelquefois, vascularisation de la conjonctive. Ces éléments, d'origine héréditaire, constituent un ensemble qui peut apparaître de bonne heure, devient ensuite de plus en plus net et aboutit trop souvent, s'il n'est pas traité de bonne heure, à la tuberculose.

L. Babonneix.

NEUROLOGIE

La onzième poussée épidémique de maladie de Heine-Medin en Uruguay, *Archivos de Pediatria del Uruguay*, t. IX, mai 1938, n° 5, p. 257-268.

Des circonstances particulières, ainsi que l'obligeance des confrères, ont permis aux auteurs de pouvoir examiner eux-mêmes la très grande majorité des malades. En ce qui concerne le développement de l'épidémie, les premiers cas ont apparu en mars 1936 et on en a signalé jusqu'en juin 1937, en passant par une période d'acmé en novembre 1936. En ce qui concerne l'âge, la majorité des 284 cas concerne de jeunes enfants, 48 dans la 2e année, 33 dans la 3e, 22 dans la 4e, 16 dans la cinquième. Autres totaux :

De 0 à 2 ans	90 cas
De 2 à 5 ans	119 »
De 5 à 19 »	62 »
Age inconnu	13 »
	284 cas

Aucune différence notable pour le sexe.

L'étude épidémiologique montre que les départements les plus atteints sont ceux qui avoisinent le Rio de la Plata. Cliniquement, dans 18 cas, les paralysies ont été fugaces ou même douteuses (N° 1 des auteurs) ; dans 87, les phénomènes morbides ont été légers (N° 3), dans 11, ils ont été mortels (N° 4). Les formes avec séquelles définitives semblent donc beaucoup plus rares que jadis, soit que le génie épidémique de la maladie ait changé, soit que nous soyons mieux armés pour la combattre. La mortalité a été de 3,87 p. 100. Les phénomènes de la période d'invasion ont été les phénomènes classiques : à noter cependant que, dans deux cas, les phénomènes morbides succédèrent à la vaccination antivariolique, tandis que, dans un autre, ils survinrent au cours d'un état eczémateux. Dans 105 cas, la date d'apparition de la paralysie ne peut être précisée, pour les auteurs, elle peut être fixée du 2e au 5e jour de la période d'invasion. Cette paralysie consiste surtout en paraplégie (156 cas) et en monoplégie (84). Les douleurs nettes furent observées dans 101 cas, le signe de Morquio, dans 64 : il manquait dans 71, et ne put être déterminé dans 118.

L. Babonneix.

HYGIENE ET THERAPEUTIQUE

La gymnastique du bon sens à l'école. Exercices pour forcer l'attention des enfants et développer leur jugement, par S. Icard. 1er *Congrès mondial de culture humaine, physique, intellectuelle et morale* (section Ecole), tenu à Paris du 29 août au 8 septembre 1938.

Pour développer le bon sens, qui, quoiqu'en ait dit un philosophe célèbre, n'est nullement la chose du monde la mieux partagée, M. Severin Icard propose les exercices suivants :

1°) A l'école.

Quelle heure est-il ? (*Questions à poser fréquemment*).

Combien faut-il de temps pour se rendre de tel endroit à tel autre en suivant un chemin déterminé ?

Combien y a-t-il de temps que je vous ai conduits en promenade à tel endroit ?

Indiquez le centre de ce carré, de ce rectangle, de ce cercle tracés sur le tableau.

Quelle est la longueur de cette corde ? (*celle-ci non tendue*).

Quelle est la longueur de ce peloton de ficelle ?

Indiquez la longueur, la largeur et la hauteur de cette salle.

Indiquez la longueur et la largeur de la rue N.

Combien pèse ce livre ? Combien y a-t-il de pages ? Ouvrez-le à la page 95.

Combien y a-t-il de lignes dans cette page de ce livre ? Combien de mots et combien de lettres dans cette ligne ?

Combien de fois est contenue dans la longueur de ce banc la longueur tracée sur le tableau ?

Voici un verre rempli de billes, combien y en a-t-il ?

Combien y a-t-il de grains de riz (*ou autres*) dans le creux de ma main ?

Combien estimez-vous qu'il y avait d'élèves à la dernière fête scolaire où je vous ai conduits ?

Désignez l'élève le plus grand et l'élève le plus petit de la classe ? Quelle est la taille de chacun d'eux ?

Désignez l'élève qui pèse le plus et l'élève qui pèse le moins de la classe ? Quel est le poids de chacun d'eux ?

Dites l'âge, la taille et le poids de l'élève Pierre ?

Vous connaissez M. N. : dites quel est son âge.

Remplissez cette bouteille à moitié, aux deux tiers, aux trois quarts.

Quelle est la contenance de ce récipient ?

(1) L'enzyme se rencontre dans tous les tissus humains et dans toutes les sécrétions et excrétions, excepté l'urine, le liquide céphalo-rachidien et la sueur. Sa caractéristique est de lyser les bactéries. — A. Fleming.

Voici une grosse bouteille et un petit verre, combien de fois faudra-t-il verser le contenu de ce petit verre dans la grosse bouteille pour la remplir ?

Ces deux bouteilles sont incomplètement remplies d'eau colorée à des degrés différents, mélangez le contenu de l'une au contenu de l'autre, de façon que la coloration soit la même dans chacune des deux bouteilles.

2°) En dehors de l'école (aux heures de loisirs).

Depuis combien de temps marchons-nous et combien avons-nous fait de kilomètres ? Pendant combien de temps encore devons-nous marcher et quelle distance nous reste-t-il à parcourir avant d'arriver au but ?

Combien y a-t-il de moutons dans ce troupeau que nous rencontrons ?

Quel est le poids moyen d'un de ces moutons ?

Combien pèse cette vache ?

Quelle est la quantité moyenne de lait qu'une vache peut donner chaque jour ?

Quelle est la vitesse à l'heure de cette automobile, de ce train qui passe ?

Voyez cette automobile qui vient vers nous ; estimez-vous que vous auriez le temps de traverser la chaussée ?

Quelle est la surface de ce champ en mètres carrés ?

Combien, dans ce champ, y a-t-il de pieds de vignes de pieds d'oliviers ou autres ?

Combien de feuilles sur ce rameau ?

Combien de grains dans cet épi de blé, cet épi de maïs ?

Combien de pétales dans la corolle de cette fleur ?

Combien y a-t-il de grains dans cette grappe de raisin ?

Quelle est la hauteur de cette maison, de ce monument, de cette montagne ?

Quelle est la hauteur de cet arbre ? Indiquez le diamètre et la circonférence du tronc ?

Dites combien de pas devra faire Pierre pour se rendre en ligne droite jusqu'à ce but ? Jacques, allez vous placer au milieu de cette aire. Louis et les autres, estimez-vous que Jacques soit bien au milieu ? Si non, allez vous placer vous-mêmes au milieu.

On entend un bruit lointain, d'où vient-il ? Quelle en est l'origine ?

Quelle est la profondeur de ce ravin ?

Quelle est la largeur de ce ruisseau, de ce canal, de cette rivière ?

Voici un panier de prunes : combien faut-il en donner à chacun pour qu'il y en ait pour tous ?

Découpez cette tarte en sept parts égales.

M. S. Icard propose aussi un nouveau prix à décerner : le *prix de réflexion.*

Ce prix de réflexion qu'il voudrait voir figurer dans la liste des récompenses à décerner à la fin de l'année scolaire, ne sera pas le *prix d'application* que l'on accorde à l'élève dont on veut encourager la bonne volonté. Il sera, en quelque sorte, le pendant du prix de *culture physique*, mais alors que ce dernier prix s'adresse à l'élève qui a réussi le mieux à développer ses muscles, l'autre, le *prix de réflexion*, sera destiné à récompenser l'élève qui se sera le plus distingué par ses progrès dans la culture psychique et aura obtenu les meilleures notes au cours des exercices de gymnastique du bon sens.

Ces exercices, pour rendre la gymnastique du bon sens plus intéressante, seront de temps à autre coupés par des concours dont l'arrangement sera laissé à l'initiative du maître. Ci-dessous, à titre d'exemple, le schéma d'un concours.

Concours de gymnastique du bon sens. — Ce concours se fera à l'aide de 4 bouteilles d'un litre, opaques ou rendues opaques par leur envelopppement dans un journal. Elles seront numérotées 1, 2, 3 et 4, et seront remplies d'une certaine quantité d'eau, de telle sorte que leur poids, enveloppe comprise varie de l'une à l'autre, à savoir : N° 1 (1.300 grammes) ; N° 2 (1.200 gr.) ; N° 3 (1.400 gr.) ; N° 4 (1.350 gr.).

Le concours comprendra trois séries d'épreuves : A, B et C. Les épreuves de la série A et de la série B consisteront, étant donné deux bouteilles, à reconnaître, pour la série A, la bouteille qui pèse le plus, et, pour la série B, la différence de poids existant entre les deux bouteilles. Les épreuves de la série C consisteront à indiquer le poids de chacune des 4 bouteilles.

Chaque question sera éliminatoire pour celle qui suit, c'est-à-dire ne seront appelés à répondre à la question 2 que les élèves qui auront répondu avec satisfaction à la question 1, et seuls seront appelés à répondre à la question 3 les élèves qui auront répondu avec satisfaction à la question 2 et ainsi de suite jusqu'à la fin pour chaque question des trois séries d'épreuves A, B et C. Par suite, ne prendront part aux épreuves de la série B que les lauréats des épreuves de la série A, et aux épreuves de la série C que les lauréats de la série B.

Comme il serait trop long de donner suite au concours en un seul temps, on pourra y procéder en plusieurs séances à des moments différents. On pourra même scinder la série des épreuves et, des trois séries, en faire trois concours adaptés à trois divisions d'élèves d'après leur force.

A. — Première série d'épreuves. — (*De deux bouteilles, reconnaître celle qui pèse le plus sans indiquer la différence de poids*).

1°) Des deux bouteilles N° 2 et N° 3, quelle est celle qui pèse le plus ? (200 *gr. de différence en faveur du N°* 3).

2°) Des deux bouteilles N° 2 et N° 4, quelle est celle qui pèse le plus ? (150 *gr. de différence en faveur du N°* 4).

3°) Des deux bouteilles N° 1 et N° 3, quelle est celle qui pèse le plus ? (100 *gr. de différence en faveur du N°* 3).

4°) Des deux bouteilles N° 2 et N° 4, quelle est celle qui pèse le plus ? (50 *gr. de différence en faveur du N°* 3).

B. — Deuxième série d'épreuve. — (*Indiquer la différence de poids entre les bouteilles qui ont servi aux épreuves de la série A*).

5°) Quelle différence de poids entre les deux bouteilles N° 2 et N° 3.

6°) Quelle différence de poids entre les deux bouteilles N° 2 et N° 4) ?

7°) Quelle différence de poids entre les deux bouteilles N° 1 et N° 3 ?

8°) Quelle différence de poids entre les deux bouteilles N° 3 et N° 4 ?

C. — Troisième série d'épreuve. — (*Indiquer le poids de chacune des 4 bouteilles*).

9° Poids de la bouteille N° 1 (1.300 gr.) ;
10° Poids de la bouteille N° 2 (1.200 gr.) ;
11° Poids de la bouteille N° 3 (1.400 gr.) ;
12° Poids de la bouteille N° 4 (1.350 gr.).

L. BABONNEIX.

Des variations immunitaires aux infections tuberculiniques en fonction du terrain, par Michel GROENEN. Un volume de 65 pages avec 21 figures, à la librairie J.-B. Baillière et fils à Paris, 1939.

Atlas d'anatomie et de médecine opératoire du labyrinthe osseux, par le Docteur Louis GIRARD. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Préface de M. le Professeur H. ROUVIÈRE. 3e édition entièrement refondue et considérablement augmentée. — Un volume format 19×28 de 170 pages avec 80 figures de H. Frantz dans le texte. Tiré sur papier couché. Prix : 125 fr. Maloine, édit., Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 15 MAI 1939.

Diphtérie. — MM. MLADEN PAÏC étudie la détermination de la constante de sédimentation de l'antitoxine diphtérique.

Relations entre réduction du rouge neutre et parasitisme ou saprophytisme chez les « streptococcae ». — M. J. POCHON.

Action curative de quelques azoïques à fonction sulfone dans les infections expérimentales de la souris provoquées par le steptocoque, le B. de Friedlander, le gonocoque et le pneumocoque. — MM. LEVADITI, A. GIRARD et ARON VAISMAN.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 30 MAI 1939.

M. le Président fait part du décès de M. Marcel Labbé, membre titulaire depuis 1920 dans la section de médecine.

Mécanisme de l'activité chimiothérapique de certains dérivés axoïques sulfamidés, dans l'infection provoquée par le bacille de Friedlander. — MM. C. LEVADITI, A. VAISMAN et Mlle D. KRASSNOFF.

A la suite d'expériences faites sur des souris infectées avec le bacille de Friedlander, et traitées, par voie buccale, avec des azoïques à fonction sulfamide ou sulfone, les auteurs démontrent l'intervention de l'organisme dans le mécanisme de la stérilisation chimiothérapique de l'infection. Sous l'influence de ces médicaments, le milieu intérieur subit des modifications le rendant inapte à faciliter la pullulation normale du germe et à extérioriser son potentiel capsulogène. Le microbe devient ainsi apte à être phagocyté par les polynucléaires, et, surtout, par les macrophages, en sorte que, les phagocytes, assurant sa digestion intracellulaire, réalisent la destruction totale du germe.

Par ailleurs, les auteurs constatent que si chez les animaux réceptifs, ces phagocytes n'englobent pas le bacille de Friedlander virulent et parfaitement encapsulé, ce n'est pas parce qu'ils auraient perdu leur aptitude phagocytaire, par suite de l'action d'une agressine antileucocytaire élaborée par le germe. En effet, de tels leucocytes peuvent encore phagocyter des bacilles de Friedlander non virulents et non parfaitement capsulés. Ceci met en relief le rôle primordial des capsules en tant qu'élément capable de protéger le microbe contre la phagocytose.

Statistique des maladies rhumatismales de 1925 à 1938 (Clinique infantile de Lyon). — MM. G. MOURIQUAND et L. WEILL présentent la statisque des affections rhumatismales observées pendant les quinze dernières années à la Clinique médicale infantile de Lyon. La fréquence de ces affections augmente, la courbe représentant annuellement leur pourcentage par rapport au nombre de malades hospitalisés est démonstrative à cet égard. Les deux sexes sont atteints mais les filles plus encore que les garçons. La mortalité a aussi légèrement progressé.

Une autre courbe représentant les maladies rhumatismales suivant les mois de l'année montre les périodes d'activité du rhumatisme et un parallélisme entre le rhumatisme de Bouillaud et les chorées.

L'augmentation de fréquence des maladies rhumatismales et la mortalité se sont encore accentuées depuis 1934 chez les enfants de la région lyonnaise. Si cette progression continue, à un moment donné cette affection pourra devenir comme dans certains pays étrangers un vrai danger social.

La tuberculose de l'enfant parisien est toujours d'origine humaine. — M. P. ARMAND-DELILLE a pu identifier 50 souches de bacilles tuberculeux isolés de jeunes enfants de son service, en particulier de méningites et d'adénites dont on aurait pu suspecter l'origine bovine.

Or, ces 50 souches, identifiées par l'inoculation au cobaye, au lapin et à la poule et par la culture sur milieu de Lœwenstein ont toutes présenté les caractères du bacille humain.

L'auteur conclut, en accord avec M. Saenz et M. Gernez que chez l'enfant parisien comme chez celui d'autres grandes villes, c'est toujours le bacille humain qui cause la maladie.

Seuls les enfants élevés à la campagne et ayant bu du lait cru peuvent présenter du bacille bovin.

D'ailleurs les enquêtes prouvent qu'il y a eu contagion familiale, ce qui justifie le rôle essentiel de la prophylaxie par le placement de l'enfant encore indemne dans des familles saines à la campagne, suivant la méthode de l'œuvre Greacher.

Alcool et champ opératoire. — M. LECERCLE.

Diagnostic des hyperpituitarismes par l'étude de la mélanophore-dilatation provoquée chez la grenouille hypophysectomisée. — MM. JEANNENEY, SERVANTIE, HIRTZ et BENTEJAC.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉFENSE PASSIVE ET MOBILISATION CIVILE

Il faudrait tout de même que l'on s'occupât sérieusement des soins médicaux à assurer à la population civile, en cas de mobilisation.

Jusqu'à présent tout s'est passé en conversations et on est demeuré dans une imprécision qui arrête toute action positive.

Or, de quoi s'agit-il ?

Il s'agit d'avoir à la disposition un nombre de médecins suffisant tant pour la défense passive que pour les soins à la population civile ; il s'agit que ces médecins puissent rendre les services qu'on attend d'eux : il faut donc de toute nécessité qu'ils soient en situation physique et physiologique de les rendre.

La solution envisagée ne remplit précisément pas ces conditions essentielles : elle consisterait à requérir ceux d'entre nous qui sont dégagés de toute obligation militaire. Mais ces médecins âgés sont justement incapables de remplir ces fonctions : ce n'est pas après soixante ans qu'on peut porter un masque à gaz, qu'on peut tripler ou quadrupler son activité professionnelle.

Il n'y a pas plusieurs solutions ; la seule consiste à mettre chacun à sa place ; il faut répartir les médecins suivant leurs possibilités ; ce qu'il ne faut pas c'est que des médecins d'âge moyen se trouvent

chargés d'un service de tout repos, dans une petite ville par exemple, alors que des gens trop âgés auraient à accomplir des besognes au-dessus de leurs forces.

A tergiverser on a obtenu ce résultat : ceux qui sont dégagés de toute obligation militaire et sont encore valides ont contracté un engagement pour la durée d'une guerre éventuelle. Il ne restera donc bientôt pour le service dont nous parlons que les invalides !

Le moyen de réalisation ? Il est simple ; un décret-loi donnant au Service de Santé militaire la possibilité de requérir, pendant cinq années après la limite d'âge de leur grade dans la réserve, tous les médecins ; et cela dans les mêmes conditions qu'actuellement les mobilisables.

Ainsi les divers services disposeraient d'un nombre suffisant de praticiens, et, ce qui serait peut-être le mieux, le Service de Santé militaire pourrait les répartir judicieusement suivant les besoins et suivant leurs aptitudes.

Ce n'est ni difficile, ni impossible, il suffit de vouloir.

A. HERPIN.

CONGRÈS

Le IIe Congrès international de la médecine assurance-vie s'est tenu la semaine dernière à la Faculté de médecine. La séance inaugurale était présidée par M. le doyen Tiffeneau. A ses côtés, avaient pris place MM. Leclainche, représentant le ministre de la Santé publique. Lœper, président du Congrès ; Hornig (Berlin), Goffin (Bruxelles), Otto May (Londres), Romanelli (Rome), Boidin et Carrié, le très sympathique secrétaire général qui a sû assurer au Congrès un succès très brillant grâce à une organisation impeccable.

M. le doyen Tiffeneau souhaita la bienvenue aux congressistes. Dans une allocution très documentée, il montra le rôle joué par les médecins d'assurances dans l'organisation de la médecine préventive et rendit hommage à leurs travaux scientifiques.

M. Leclainche, au nom du ministre, salua les étrangers venus très nombreux, de tous les points de l'horizon, pour se pencher ensemble sur des problèmes d'un puissant intérêt général.

Le professeur Lœper prononça ensuite un discours d'ouverture, cordial et plein de finesse. Il salua à son tour les délégués étrangers, exprima ses remerciements à ses collaborateurs, et aux rapporteurs. Faisant une étude du travail demandé aux médecins d'assurances, il montre les services qu'ils rendent dans l'ordre social comme dans l'ordre scientifique. Le médecin d'assurances, par son examen minutieux, empêche des catastrophes, il révèle des tares, il rend, en un mot, autant de services à l'assuré qu'à la compagnie d'assurances.

Les délégués étrangers, MM. Hornig (de Berlin), Goffin (de Bruxelles), Otto May (de Londres) et Romanelli (de Rome) remercient alors leurs collègues français de leur accueil.

Les travaux commencèrent aussitôt par l'étude des questions à l'ordre du jour : l'*Hyperthyroïdisme dans l'assurance-vie* (MM. Dautrebande et Aubertin); *la tuberculose pulmonaire et l'assurance-vie* (MM. Courcoux, Malan et Riccioti); l'*obésité et l'assurance-vie* (MM. Maranon et M. Shaw) ; l'*importance du tabagisme dans l'assurance-vie et dans la médecine préventive* (MM. Bergstrand, Külbs et von Bergmann) ; l'*albuminerie dans l'assurance-vie* (MM. Volhard, Cavalle et Starna) ; *valeur de la statistique* (MM. Vireman Cook, van Heukelom, Stévenin et Trottarelli).

Une aimable soirée d'accueil, des réceptions particulières, une brillante soirée avec un spectacle de danses, de musique et de théâtre composé avec le plus délicat éclectisme, un banquet final enfin, assurèrent à ce congrès une cordialité et une élégance dont il convient de féliciter chaudement les organisateurs, en particulier le président Lœper et le secrétaire général M. Carrié.

F. L. S.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie de la main. — I. — Livre du praticien : Plaies, infections et traumatismes de la main par Marc Iselin, chirurgien de l'Hôpital américain. — Un volume de 320 pages, avec 135 figures : 65 fr. Masson, édit., Paris.

La chirurgie de la main a ceci de spécial qu'elle échappe en grande partie aux chirurgiens de métier, la plupart des blessés se fiant d'abord à des médecins praticiens. C'est pourquoi le docteur Marc Iselin a divisé la troisième édition de sa « Chirurgie de la main » en deux tomes, dont le premier qui vient de paraître intitulé « Livre du Praticien » comprend l'étude des plaies, les infections et les traumatismes fermés et dont le second, d'intérêt strictement chirurgical, qui paraîtra ultérieurement, sera consacré à la chirurgie réparatrice et au traitement des affections acquises et congénitales.

PRATIQUE MÉDICALE

LE COEUR DES OBÈSES

La dégénérescence graisseuse du myocarde fait, trop souvent, des obèses de véritables cardiaques ; ce fait est gênant pour la mise en œuvre d'une thérapeutique active.

La thyroxine, dans de tels cas, n'est pas sans danger, et son administration doit être surveillée de très près. Les dérivés dinitrés, par contre, ont l'avantage d'être dépourvus de toxicité pour le cœur, ainsi que l'ont montré les travaux expérimentaux (Taussig) électrocardiographiques (Simkins) et cliniques (Jacques Bell).

On a pu dire que la dinitrothérapie remplace chez les obèses cardiaques l'exercice physique qui leur est interdit, ceci à condition de donner la préférence au plus actif et au moins toxique des dérivés dinitrés : la dinitophényl-lysidine (professeur Pouchet).

Pour réaliser pratiquement une telle cure, on préféra d. à la dose de 1 comprimé par 10 kilogs de poids corporel.

(L. Gaillard, *Paris-Médical*, n° 47, 19 novembre 1938)

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

A renvoyer immédiatement au GUIDE ROSENWALD, 99, rue d'Aboukir, PARIS (2e)

RECENSEMENT MÉDICAL ANNUEL

Insertion entièrement gratuite dans la prochaine édition du ROSENWALD

Le GUIDE ROSENWALD 1939, qui vient de paraître, sera remis gratuitement aux Confrères praticiens exclusivement sur présentation de leur carte, 99, rue d'Aboukir, Paris-2e, jusqu'au 31 mai 1939.

Port à domicile par poste recommandée, **6 fr. 50** (en timbres ou en versement au C.C.P. Paris 405-75

Nom et prénom usuel : ....

Faculté et date de la thèse : .... Décorations : ....

Titres universitaires, hospitaliers, etc. : ....

Spécialité : ....

Adresse complète : ....

Jours et heures de consultations : .... N° de téléphone : ....

Domicile précédent (en cas de changement d'adresse) : (1) ....

Nom et adresse du prédécesseur : (1) ....

Date et signature :

(1) Ces deux renseignements, utiles au contrôle, ne sont pas publiés.

N° 45. — MERCREDI 7 JUIN 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

ACTUALITÉS.
Le colibacille urinaire et l'acide mandélique, par M. R. LEVENT.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE.
La dernière édition du Codex et la médecine infantile, par L. BABONNEIX.

NOTES DE JURISPRUDENCE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.
par M. C. NATTAN-LARRIER.

PRATIQUE MÉDICALE.
Sexe féminin et œstrobol, d'après le docteur VIGOUROUX.

NOTES POUR L'INTERNAT.
L'artère hépatique, par M. M.-H. SERVELLE (suite et fin).

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'accoucheur des hôpitaux.* Jury : MM. Metzger, Lévy-Solal, Ravina, le Lorier, Lemeland, Garcin et Basset.

Lecteurs: MM. Sureau et Digonnet. Censeur: M. Lantuéjoul.

Groupe hospitalier Paul-Brousse à Villejuif. — *Un concours pour la nomination d'un médecin-adjoint* s'ouvrira le 22 juin 1939. Inscription du 7 au 16 juin 1939 inclusivement, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h. à la Préfecture de la Seine (Direction des affaires départementales, 2, rue Lobau, pièce 227.) samedis après-midi, dimanches et fêtes exceptées.

Facultés de médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. *Section d'obstétrique.* — *Leçon de 3/4 d'heure.* 2e séance du 30 mai :

M. Bédrine (Lille) : « De l'accouchement dans les bassins asymétriques ».

M. Caderas de Kerleau (Montpellier) : « Les péritonites aiguës au cours du post-partum ».

M. Fulconis (Alger) : « Les hémorragies internes au cours des trois derniers mois de la grossesse ».

Leçon d'une heure. — Séance du 1er juin :

M. Caderas de Kerleau (Montpellier) : « Physiologie de la délivrance normale ».

M. Fulconis (Alger) : « Les infections aiguës au cours de la grossesse ».

M. Brochier (Lyon) : « Le shock obstétrical ».

M. Gellé (Lille) : « L'occipito sacrée ».

1re Séance du 2 juin :

M. Bansillon (Lyon) : « Les néphrites au cours de la gestation et des suites de couches ».

M. Ravina (Paris) : « Apoplexie utéro-placentaire ».

M. Digonnet (Paris) : « De la rotation intra-pelvienne de la tête ».

M. Mahon (Bordeaux) : « Mort subite de la femme dans l'état gravido puerpéral ».

Leçon d'une heure. — 2e Séance du 2 juin :

M. Rochet (Lyon) : « Les méthodes anesthésiques et analgésiques utilisées au cours du travail ».

M. Louyot (Nancy) : « Mort apparente du nouveau-né ».

M. Merger (Paris) : « Infections des reins est des voies urinaires au cours de la gestation ».

M. Chosson (Aix) : « Traitement de l'insertion vicieuse du placenta ».

Séance du 3 juin :

M. Péry (Bordeaux) : « Causes de la stérilité féminine ».

M. Suzor (Paris) : « Le pouls et la tension artérielle en obstétrique ».

M. Bédrine (Lille) : « Dystocie par tumeurs praevia ».

M. Jahier (Alger) : « De l'inversion utérine d'origine obstétricale ».
M. Hartmann (Nancy) : « Indication de l'hystérectomie dans le post-partum ».

Section de médecine générale. — Leçon de 3/4 d'heure. 2e Séance du 30 mai :
M. Tulasne (Strasbourg) : « Formes cliniques de la tuberculose intestinale ».
M. Martin (Lille) : « Anurie calculeuse ».
M. Paillas (Aix) : « Diagnostic et traitement de la maladie bronzée d'Addison ».
M. Pauly (Bordeaux) : « Foie cardiaque ».
M. Sacrez (Strasbourg) : « Symptômes et diagnostic du rétrécissement mistral ».

Séances du 31 mai :
M. Cachera (Paris) : « Paralysie faciale périphérique ».
M. Patoir (Lille) : « Cancer de l'œsophage ».
M. Warter (Strasbourg) : « Néphrose lipoïdiques ».
M. Delay (Paris) : « Complications intestinales de la fièvre typhoïde ».
M. Gineste (Lille) : « Formes cliniques, diagnostic eé traitement des septicémies à streptocoques ».
M. Payet (Paris) : « Symptômes et diagnostic de l'anévrisme de la crosse aortique ».

Section de chimie et physique médicales. — Leçon d'une heure. Séance du 2 juin :
M. Auriac (Bordeaux) : « Perméabilité des membranes » (Physique).
M. Vincent (Lyon) : « Les diacides monoanimés et leurs dérivés-chimie et biochimie » (Chimie).
M. Desgrez (Paris) : « Travail musculaire et son rendement » (Physique).
M. Kofman (Lyon) : « L'émission électronique par les rayonnements et ses applications » (Physique).
M. Jayle (Paris) : « Constitution des chlorophylles » (Chimie).
M. Castagné (Montpellier) : « Phénomènes des surfaces » (Physique).
M. Reboul (Montpellier) : « La sensation lumineuse en fonction de temps » (Physique).
M. Ettori (Alger) : « Origine et métabolisme » (Chimie).

Physiologie. — Sont proposés : MM. Jourdan, Bizard, Grandpierre, Baisset, Franck, Richard.

Parasitologie. — Sont proposés : MM. Harant, Callot, Roman, Mandoul.

Oto-rhino-laryngologie. — Est proposé : M. Mounier-Kuhn.

Section de chirurgie générale. Après délibération sur l'épreuve de titres, sont admis à concourir aux épreuves définitives : Paris : MM. Couvelaire (Op. Urologie), Fèvre, Merle d'Aubigné, Mouchet, Padovani, Patel, Sicard. — Aix : MM. Dor, Escarras, Imbert, Luccioni. — Alger : MM. Curtillet, Goinard. — Bordeaux : MM. Chavannaz, Laumonier, Magendie, Pouyanne, Villar. — Lille : MM. Decoulx, Démarez, Macquet, Patoir. — Lyon : MM. Desjacques, Labry, Mallet-Guy, Peycelon, Verrière. — Montpellier (Op. Urologie) : MM. Ginestié, Lapeyrie, Truc. — Nancy : MM. Grimault, Rousseaux. — Strasbourg : M. Jung. — Toulouse : MM. Louis Dambrin, Dieulafé, Virenque. — A titre de toutes les facultés : MM. Arnulf, Francillon, Lange, Marion. — A titre étranger : M. Adde.

Faculté de médecine de Paris. — M. Abrami, professeur de pathologie interne à la faculté de médecine de l'université de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique médicale Pitié (dernier titulaire : M. Clerc).

M. Fiessinger, professeur de pathologie expérimentale à la faculté de médecine de l'université de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (dernier titulaire : M. Carnot).

M. Rathery, professeur de clinique thérapeutique médicale (chaire d'université) à la faculté de médecine de l'université de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique médicale Cochin (dernier titulaire : M. Marcel Labbé).

M. Harvier, professeur de thérapeutique à la faculté de médecine de l'université de Paris, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique thérapeutique médicale (chaire d'université) de cette faculté.

Les chaires de pathologie interne (dernier titulaire: M. Abrami), pathologie expérimentale (dernier titulaire : M. Fiessinger), thérapeutique (dernier titulaire : M. Harvier), de la faculté de médecine de l'université de Paris, sont déclarées vacantes.

Société de médecine de Paris. — Une séance exceptionnelle consacrée à la *chirurgie osseuse* aura lieu le vendredi 9 juin à 17 heures, boulevard de Latour-Maubourg, 60.

Orateurs inscrits : MM. Trèves, Dupuy de Frenelle Maffei (Bruxelles), Judet, Oltramare (Genève), Richard (Berck), Massart ét Masmonteil.

NECROLOGIE

— Le docteur Charles Mayo vient de mourir à l'âge de 73 ans. Avec son frère William, il avait créé la célèbre clinique chirurgicale de Rochester dans le Minnesota (U.S.A.).
— Le docteur Louis Marçon, à Bandol (Var).
— Le docteur Albertin, ancien chirurgien des hôpitaux de Lyon.
— Le docteur Rigot (de Lyon).
— Le docteur Maillon (de St-Etienne).
— Le docteur Edouard Soulé, ancien collaborateur de Pachon, à Bordeaux.

RENSEIGNEMENTS

Faute place, Part. vend lit repos Louis XV. Sommier 1re qual. Batt. cuisine nickel. Piano. Bronze. Coiffeuse Téléph. matin. Eto 41-08

Installation radiographique à vendre pour cause de double emploi. S'adresser clinique du Landy, 23, rue du Landy, à St-Ouen (Seine).

ACTUALITÉS

LA COLIBACILLOSE URINAIRE ET L'ACIDE MANDÉLIQUE

Parmi les infections qui frappent l'appareil urinaire les infections à colibacilles sont les plus fréquentes, 4/5 environ de la totalité, quelle que soit la pathogénie.

La résistance de cette infection aux traitements est, d'autre part, de constatation quotidienne; les traitements préconisés sont nombreux, tous ont donné des succès, tous ont été infidèles et les plus beaux résultats ont souvent été éphémères. Un progrès certain a pourtant été fait depuis qu'on s'est rendu compte de la valeur des changements brusques de méthode en cours de traitement qui obvient à l'accoutumance du germe aux médicaments. C'est en accord avec cette conception qu'à une cure de diurèse, on a fait brusquement succéder la réduction des liquides et qu'on a obtenu des résultats sensiblement meilleurs.

On sait, d'autre part, combien certaines conditions de terrain favorisent la colibacillosse : les infections intestinales, l'existence d'une syphilis ou d'une tuberculose ont un rôle important. De même le régime alimentaire : les excès végétariens, moins rare qu'on pourrait croire rendent l'urine irritante pour le tractus urinaire et surtout diminuent l'acidité du liquide excrété. Or l'une des conditions de milieu auxquelles le colibacille est le plus sensible est justement la variation de l'acidité urinaire. La restriction des liquides agit sur le pH mais de façon trop faible et surtout trop peu durable pour qu'on puisse s'en tenir à ce seul moyen. Il en est de même de la plupart des procédés préconisés. Et pourtant, quelles que soient les causes et le mécanisme de l'infection, l'élévation de l'acidité urinaire est un élément cardinal de tout traitement préventif ou curatif.

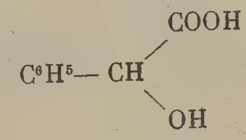
C'est aux essais américains de traitement de l'épilepsie par le régime cétogène (Clinique Mayo, Clark et Helmholtz 1933) que le traitement des colibacilloses urinaires doit d'avoir été mis sur la voie d'un progrès qui semble important. Traitant l'épilepsie par le régime cétogène dans le but de modifier le pH des tumeurs, ces auteurs remarquèrent qu'à moins d'existence d'un obstacle à l'écoulement des urines, chez certains malades les urines jusque là troubles s'éclaircissaient sous l'action du régime.

En 1932-1934, Fuller, Colebrook et Wells montrèrent que le régime cétogène fait apparaître dans l'urine de l'acide B hydroxybutyrique en même temps que de l'acétone et de l'acide diacétique mais que c'est au premier seul que les urines sont redevables de leur acidité plus grande et du retour de leur transparence. Expérimentant in vitro ces auteurs constatèrent que pour obtenir un effet certain sur le colibacille il fallait réaliser un pH urinaire égal ou inférieur à 5,3.

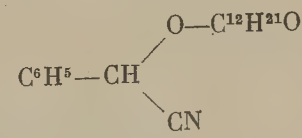
Restait l'impossibilité de soumettre les colibacillaires à un régime difficile à établir et plus encore à supporter et qui ne pouvait, de ce fait, être que l'adjuvant d'une autre méthode. Administrer per os l'acide B oxybutyrique n'était pas davantage possible; ce corps s'oxyde rapidement dans l'organisme et disparaît avant d'arriver dans l'urine.

Après divers insuccès avec d'autres produits, Rosenheim obtient enfin d'heureux effets de l'acide mandélique mais à condition de se conformer à certaines règles précises.

PROPRIÉTÉS DE L'ACIDE MANDÉLIQUE. — L'acide mandélique ou acide phénylglycolique gauche de formule



est connu depuis les recherches de Filet (1878). C'est un acide aromatique qui naît par l'action à chaud de l'acide chlorhydrique concentré sur certains glucosides cyanogénétiques, en particulier l'amygdaline.



L'agmygdaline est présente dans les bourgeons de certaines rosacées, le pommier notamment, dans ceux du sorbier et surtout dans les amandes de certains noyaux, amandes amères en particulier. L'acide chlorhydrique la transforme en ammoniaque, glucose et acide mandélique.

C'est une poudre blanche, cristalline, soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, d'une odeur de miel et d'une saveur très acide qui laisse à la suite une sensation de brûlure persistante. C'est un corps stable et peu toxique même à dose relativement élevée, qui n'est pas oxydé dans l'organisme et passe en nature et en totalité dans l'urine dont il augmente l'acidité. Lorsqu'il agit en milieu de pH variant entre 5,5 et 5,0 son action bactéricide est des plus nettes, en particulier entre 5,3 et 5,0. Au-dessus de pH 5,5, au contraire, tout pouvoir bactéricide disparaît.

Les recherches cliniques de Rosenheim ont montré que l'acide mandélique pouvait être employé en médecine humain et que ses inconvénients pouvaient dans une large mesure être palliés grâce à un certain modus operandi.

L'inconvénient principal de l'acide mandélique, en nature est, en dehors de sa saveur nettement désagréable, d'être mal toléré par l'estomac aux doses nécessaires pour réaliser le pH urinaire désirable, et même si on l'associe au bicarbonate de soude. Pour obtenir les meilleurs effets avec une posologie minima il faut donc lui associer des médicaments d'action homologue. C'est au chlorure d'ammonium, lui aussi générateur d'acidose qu'on a le plus souvent recours mais l'intolérance gastrique est fréquente aussi avec ce médicament ; fréquente aussi la réaction rénale bien que l'une et l'autre ne présentent pas de gravité foncière. Il en est de même avec d'autres médications acidifiantes. Aussi préfère-t-on actuellement remplacer l'acide mandélique en nature par certains de ses sels qui jouissent de propriétés analogues et sont habituellement mieux supportés. Les sels d'ammonium et de calcium sont les plus employés.

Le mandélate d'ammonium est d'une saveur acceptable et bien toléré par l'estomac mais c'est un corps hygroscopique qui ne se prête pas à la confection de cachets ni de comprimés et doit être absorbé en solution ou en sirop. Au contraire, le mandélate de calcium se conserve bien à l'état sec, il est insipide, bien toléré par l'estomac et son pouvoir acidifiant est équivalent à celui du mandélate d'ammonium. L'un ou l'autre permettent de se passer de toute médication acidifiante associée.

A noter, en faveur du sel ammoniacal que l'ammoniaque introduit isolément dans l'organisme y jouit, malgré sa nature chimique de base, d'un pouvoir acidifiant.

MODE D'ACTION. — L'acide mandélique agit par sa présence dans l'urine où elle réalise ou favorise l'existence d'un pH approprié. L'élimination de l'acide mandélique est rapide; elle est, en effet, à son maximum 2 heures après

l'ingestion et est terminée en 8 heures environ. Il est donc nécessaire de l'administrer par doses fractionnées pour que l'acidité urinaire soit permanente.

Les études d'Helmholtz et Osterberg ont permis de déterminer les conditions in vitro d'activité dans l'urine. Ce sont les mêmes conditions qu'il faut réaliser in vivo ce qui comporte quelques précautions.

Il est, comme nous l'avons dit, nécessaire d'acidifier suffisamment l'urine. Si pH = 5,7 est suffisant in vitro, il est nécessaire in vivo d'atteindre 5,5 et même 5,3. Pour une acidité inférieure au seuil de 5,5 toute action antiseptique disparaît.

Il est indispensable aussi de réaliser une concentration suffisante d'acide mandélique dans l'urine, et d'autant plus élevée que l'acidité urinaire est plus faible. Helmoltz et Osterberg ont trouvé in vitro l'acide mandélique actif à 1 % pour pH = 5,7; à 0,50 % pour pH = 5,3 à 0,25 % pour pH 5. Si donc en modérant la diurèse on augmente la concentration d'acide mandélique dans l'urine on peut obtenir un même résultat avec de plus faibles doses de médicament. Il en est de même in vivo avec cette correction que la dose nécessaire à l'obtention d'un même pH est un peu plus élevée qu'un vitro.

Indications du traitement mandélique. — L'acide mandélique a été employé dans les infections urinaires des natures les plus diverses. Malgré quelques résultats favorables dans des infections de diverses sortes c'est la nature bactériologique qui est en pratique le facteur le plus important du succès. Les résultats sont à peu près nuls dans les infections autres que la colibacillose. La raison en est aisément saisissable pour le pyocyanique ou le proteus qui dans l'urine réalisent un milieu fortement alcalin où l'action bactéricide de l'acide mandélique est paralysée ; dans d'autres cas la raison est moins évidente mais l'insuccès est complet.

C'est donc la colibacillose urinaire qui est l'indication cardinale sinon unique du traitement mandélique. C'est dans l'infection pure et surtout passée *à l'état chronique* que les résultats sont le plus brillants. ils sont moins constants dans les formes aiguës; ils peuvent être, mais non toujours, satisfaisants dans des infections colibacillaires associées. Mais il faut dans ces cas souvent tenir compte de conditions annexes qui peuvent même rendre indésirable le traitement mandélique. La région de l'arbre urinaire où siègent les lésions infectées n'a pas, par elle-même, une importance capitale; les résultats peuvent être aussi bons dans des pyélites avec ou sans ptose rénale ou lithiase. C'est à d'autres particularités qu'il faut, en général, imputer l'insuccès.

L'état physiologique du malade n'est pas par lui-même une contre-indication ; l'enfant, l'adulte, le vieillard, la femme enceinte ou nourrice supportent bien le médicament.

Le traitement mandélique peut aussi rendre des services comme acidifiant soit dans les alcaloses, soit dans les lithiases phosphatique ou oxalique, en dehors de toute action bactéricide.

Contre-indications. — Elles sont peu nombreuses. Les unes sont *absolues : d'abord l'insuffisance rénale* avec albuminurie, cylindrurie et surtout si l'azotémie est élevée. Le médicament tend, en effet, à augmenter le taux de l'urée sanguine et à réduire encore la valeur fonctionnelle d'un rein déjà touché.

On devra également s'abstenir au cas *de fièvre*, qu'il s'agisse de lithiase infectée ou de lésions rénales s'accompagnant de fièvre. Ceci s'applique même au cas où le colibacille est en cause (Rosenheim) ; il est préférable d'attendre pour administrer l'acide mandélique que la température se soit abaissée.

D'autres contre-indications *sont relatives* et tiennent souvent à l'existence de conditions aggravantes = existence d'une tuberculose rénale (à moins que celle-ci étant inopérable on n'ait d'autre ambition que de lutter contre l'infection secondaire) ; antécédents de néphrectomie ; colibacillose associée à une autre infection (bien que même dans ce cas certaines tentatives aient été heureuses); existence d'un foyer local d'infection (prostatite) ou d'un obstacle au cours des urines (calcul, obstruction par la tête fœtale). Dans ces derniers cas la contre-indication s'efface lorsqu'un traitement particulier a fait disparaître la cause aggravante.

Mode d'administration. Posologie. — Quelle que soit la forme choisie, la dose quotidienne du médicament doit être répartie en 4 prises pour obvier à l'élimination rapide. Le traitement d'attaque devra durer 15 à 20 jours au plus mais on pourra l'arrêter plus tôt si les urines demeurent claires. Elles devront cependant l'être depuis 5 ou 6 jours déjà et la guérison ne pourra être affirmée que lorsque après 5 ou 6 jours sans traitement les urines seront demeurées stériles. Le traitement d'entretien, mesure de prudence parfois utile, se fera aux mêmes doses 4 ou 6 mois de suite, 5 jours par mois.

Dans tous les cas la cure mandélique comporte en même temps que la cure médicamenteuse proprement dite l'acidification de l'organisme et la surveillance du pH urinaire.

On peut employer l'*acide mandélique* en nature, inclus en un cachet ou aromatisé par du sirop d'écorces d'oranges. *La dose quotidienne est de 12 grammes en 4 prises égales aussitôt après le repas.* Chez l'enfant la dose quotidienne est de 2 gr. avant 6 mois, de 2 à 4 gr. jusqu'à 2 ans, de 4 à 6 gr. jusqu'à 5 ans, de 6 à 9 gr. de 5 à 12 ans (Newns et Wilson).

On préfère souvent les composés calciques (cachets) ou ammoniacal (liquide) ; la dose journalière est de 8 gr. avec un peu d'eau sucrée, administrée de la même façon que l'acide.

On pratique en même temps une cure acidifiante adjuvante au moyen de médicaments et d'un régime. On donnera donc, associé, phosphate acide de soude (2 gr. par jour ajouté à la potion mandélique) du nitrate ou du chlorure d'ammonium (4 à 6 gr. dans un mucilage) et surtout du chlorhydrate d'ammoniaque (1 à 2 gr. par jour). A noter que le mandélate d'ammonium permet parfois de se passer d'adjuvant.

Le régime alimentaire comprendra : la réduction des liquides (1 litre par jour en tout, soit 5 verres de boissons) pour ne pas diluer l'urine; le rationnement en viande et en hydrate de carbone (peu de légumes, peu de fruits) et l'augmentation corrélative des graisses. Ce régime cétogène ne se prolongera pas plus de 15 jours.

Chaque jour enfin on vérifiera par un indicateur coloré le pH urinaire : rouge de méthyle qui doit rester rose brillant ; rouge de chlorophénol qui doit rester rouge ou tout autre. Les fabricants d'acide mandélique fournissent en général un papier indicateur approprié.

Inconvénients du traitement. — La plupart sont bénins : fatigue, saveur désagréable dans la bouche, nausées, diarrhée (veiller à la constipation ou à la présence de vers intestinaux). Les précautions d'usage et la surveillance des urines, en particulier la recherche de cylindres urinaires permettent d'y parer. Dans ce dernier cas on doit cesser le traitement ; Dolan a observé des hématuries qui comportent aussi l'arrêt de la cure.

W. L. James, enfin, a vu une fois une éruption prurigineuse érythématopapuleuse avec fièvre, œdème des paupières et des muqueuses que l'adrénaline fit disparaître ; on put alors reprendre le traitement.

RÉSULTATS. — Ils semblent assez régulièrement bons. Au cas d'échec, il faudra rechercher les lésions intestinales ou les lésions pyélo-uretérales (radio) qui une fois traitées pourront permettre une cure mandélique ultérieure efficace. De nombreux cliniciens ont appliqué le traitement mandélique.

C'est la colibacillose pure qui donne les meilleurs résultats. Dans les infections associées (staphylocoque, proteus, pyocyanique), Lyon et Dunlop n'ont pas eu plus de 20 à 50 % de guérisons alors que dans la colibacillose pure ils ont eu sur 16 cas (5 chroniques, 7 subaigus, 4 aigus) 13 succès, parfois en 5 à 10 jours.

Grayson Carrol, Bransford Lewis et Kappel chez 50 pyuriques ont eu des succès rapides.

Cook, Buchtel et Dolan sur plus de 100 malades ont eu 80 % de succès ; de même Holling, Scheff, Lond et Platt ; de même Rosenheim, Camb et Lond (70 guérisons sur 98 malades). De même Dalsace dans des cas rebelles.

Chez l'enfant, Newns et Reginald Wilson ont eu 75 % de succès chez 36 enfants entre 6 mois et 11 ans.

La pyélonéphrite gravidique est souvent plus résistante, en raison sans doute de l'importance du facteur mécanique (Camb et Lond 20 %, Rosenheim 50 % de succès). Fuller et Colebrook ont eu de meilleures statistiques dans les infections urinaires post-puerpérales.

A noter que durant l'allaitement le traitement de la femme ne semble incommoder ni la nourrice, ni le nourrisson. (Robb).

Dans l'ensemble les résultats favorables varient selon les auteurs entre 60 et 80 %. Mais il faut toujours compter avec la possibilité de rechutes d'ailleurs accessibles au traitement qu'on ne devra pas interrompre prématurément.

C'est donc malgré les précautions qu'elle nécessite une méthode qui peut rendre de grands services dans une affection dont on connaît assez la gravité et surtout la désespérante résistance à tant de traitements.

R. LEVENT.

Le droit médical (2e édition). — Par P. APPLETON, professeur des Facultés de Droit, avocat à la Cour de Paris et P. BOUDIN, docteur en médecine, docteur en Droit. — Un volume 850 pages, librairie du « Monde Médical », 42, rue du Docteur-Blanche, Paris. Prix : 50 fr.

La deuxième édition de cet ouvrage répond à l'impérieuse nécessité pour le médecin d'avoir entre les mains un recueil clair et précis qui lui permette de se guider au milieu de la législation médico-sociale, devenue depuis quelques années très touffue et fort complexe.

Grâce à une mise à jour aussi complète que possible, le *droit médical* qui comprend trois grandes divisions : Organisation de la profession ; Organisation sanitaire publique ; Protection sanitaire, assistance et assurances sociales, donne les textes avec commentaires, des plus récentes lois, décrets et arrêtés réglementant ces différentes matières. Mais nous attirons particulièrement l'attention du lecteur sur le chapitre où se trouve magistralement exposée l'évolution de la jurisprudence en matière de responsabililté médicale avec ses conséquences au point de vue pratique.

La table des matières en trois parties qui termine l'ouvrage permet de trouver très rapidement le renseignement cherché.

Nous ne doutons pas que la deuxième édition du *droit médical* trouve auprès des praticiens le même succès que la précédente.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

LA DERNIÈRE ÉDITION DU CODEX ET LA MÉDECINE INFANTILE

par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Dans la nouvelle édition du *Codex medicamentarius gallicus* (Rennes, 1936-1937, 2 volumes in-8°, Oberthur, imprimeur), figurent quelques articles nouveaux ; d'autres, considérés comme d'importance secondaire, ont été supprimés ; d'autres, enfin, ont subi des modifications plus ou moins profondes. En quelle mesure ces additions, suppressions et « mutations » intéressent-elles le médecin d'enfants ? C'est ce que nous voudrions exposer ici, en suivant l'ordre alphabétique.

*
**

Aconit. — *L'alcoolature*, à base de feuilles fraîches, ne doit pas contenir plus de 0,10 pour mille d'alcaloïdes. Le nombre de gouttes par gramme est de 53. Les doses maxima sont, chez l'adulte (1) :

Pour une dose : 1 g., un gramme ;
Pour 24 heures : 5 g., cinq grammes.

Dangereux. — Tableau C (au Codex 1920, marquée seulement comme *à séparer*).

Le *sirop* est dosé de telle sorte que 20 g. contiennent 0 g., 20 de peinture de racine daconit (pour 0 g., 50 au Codex 1920). *Dangereux. — Tableau C.*

Teinture de racine. — Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 50, cinquante centigrammes ;
Pour 24 heures : 1 g., 50, un gramme cinquante centigrammes.

Toxique. — Tableau A.

Amandes amère et douce. — Le sirop du Codex de 1920 a disparu du Codex 1936.

Amidon de blé. — Le *lavement à l'amidon* du Codex de 1920 a disparu du Codex de 1936.

Anatoxine diphtérique (*chapitre nouveau*). — Elle est utilisée comme vaccin dans la prophylaxie de la diphtérie humaine. Chaque cm³ doit contenir 10 unités anatoxiques, cette unité étant représentée par la quantité d'anatoxine qui peut saturer une unité antitoxique.

Liquide limpide, possédant l'odeur du bouillon qui a servi à la préparer, elle est colorée artificiellement en bleu par l'addition de bleu de méthylène, pour la distinguer des autres anatoxines, et doit être conservée au frais et à l'abri de la lumière.

Anatoxine staphylococcique (*chapitre nouveau*). — Liquide brun-jaunâtre, ayant l'odeur du bouillon qui a servi à la préparer. A conserver au frais et à l'abri de la lumière.

Anatoxine tétanique. — Mêmes considérations que pour la précédente.

Argent colloïdal par voie chimique. — Le *Collargol* contient, d'après son propriétaire, 70 p. 100 d'argent métallique colloïdal et 30 p. 100 de matières protéiques.

(1) Schématiquement, réduire la dose d'adulte, considérée comme unité, d'1/3 de 10 à 15 ans et des 2/3 de 3 à 10 ans; au-dessous de 3 ans, s'abstenir, sauf urgence, des médicaments particulièrement toxiques.

Belladone. — *Extrait.* — Il doit contenir 2 g. et demi p. 100 d'alcaloïdes pour un extrait calculé à 10 p. 100 d'eau. Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 03, trois centigrammes ;
Pour 24 heures : 0 g., 10, dix centigrammes.
Toxique. — Tableau A.

Sirop : 20 g. contiennent un gramme (*et non deux, comme dans le Codex de* 1920) de teinture de belladone. *Dangereux. — Tableau A.*

Teinture. — Doit contenir au minimum 0,03 p. 100 d'alcaloïdes totaux. Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 1 g., un gramme.
Pour 24 heures : 4 g., quatre grammes.
Dangereux. — Tableau C. (Au Codex de 1920, marquée seulement : *A séparer*).

Bromoforme. — Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 50, cinquante centigrammes.
Pour 24 heures : 1 g., 50, un gramme cinquante centigrammes.
Toxique. — Tableau A.

Sirop de bromoforme : 20 g. contiennent dix centigrammes de bromoforme. — *A séparer.*

Sirop de bromoforme composé : 20 g. contiennent deux centigrammes de bromoforme, un centigramme de codéine et dix centigrammes de teinture de racine d'aconit (*cette dernière ne figurant pas au Codex de* 1920). — *A séparer.*

Soluté de bromoforme. Doses maxima :
Pour une dose : 5 g., cinq grammes.
Pour 24 heures : 15 g., quinze grammes.
Toxique.

Calcium. — *Bromure*, 20 g. de *sirop de bromure de calcium* contiennent 0 g., 50 de bromure de calcium (*et non 0 g., 25, comme le Codex de* 1920).

Gluconate (*chapitre nouveau*). Poudre cristalline blanche, sans odeur, ni saveur. Doit contenir environ 12 p. 100 d'oxyde de calcium.

Hypophosphite. — Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 10, dix centigrammes ;
Pour 24 heures : 0 g., 50, cinquante centigrammes.
A séparer.
20 grammes de sirop d'*hypophosphite de chaux* (*chapitre nouveau*) contiennent vingt centigrammes de sel.

Collutoires. — *Au bleu de méthylène* (*article nouveau*) (0 g., 60 pour 30 de glycérine).

Au borate de soude (6 g. pour 30 de mellite de rose rouge) (au lieu de 5 p. 20).

A l'arsénobenzol (à 1 p. 100) (*article nouveau*).

Iodé (à 1 p. 100) (*article nouveau*).

Collyres. — *A l'azotate d'argent au* 1/100e (*et non au* 1/50e). (Solution préventive contre l'ophtalmie des nouveau-nés). *Dangereux. — Tableau C.* — Une goutte dans chaque œil aussitôt après la naissance.

Drosera. — *Teinture* : 200 g. de drosera pour 1.000 g. d'alcool à 60°.

Ephédrine (chlorhydrate d') (*Article nouveau*).
Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 10, dix centigrammes.
Pour 24 heures : 0 g., 30, trente centigrammes.

Gargarismes. — *Au borate de soude* (10 g. pour 300 cm^3).

Calmant (10 g. d'espèces calmantes pour 300 cm^3).

Au chlorate de potasse (10 g. pour 300 cm^3).

Glycérés. — *A l'acide borique* (à 10 p. 100).
— *A l'acide tartrique* (à 5 p. 100).

Huile de foie de morue. — Officinale, elle doit contenir par gramme, au minimum, 600 unités internationales de vitamine A et 85 de vitamine D.

Hypophyse (*Article nouveau*).
Poudre d'hypophyse entière ;
Poudre de lobe antérieur ;
Poudre de lobe postérieur.

Inosito-hexaphosphate mixte de calcium et de magnésium (*Article nouveau*). — Ce sont des produits organiques phosphorés que l'on extrait de la plupart des plantes à chlorophylle, et qui peuvent être définis comme des sels de l'ester hexaphosphorique de l'inositol actif, les produits acides étant saturés par du calcium et du magnésium. Ils existent, dans le commerce, sous divers noms : hexaphorine, inophosphan, phosbios, phytine, phytobléine, phytophosphine, végéphos.

Insuline (*Article nouveau*). — Officinale, elle doit contenir par milligramme au moins 15 unités internationales.

Son *soluté injectable* est dosé de telle sorte qu'un cm^3 renferme 20 unités internationales d'insuline. Rendu isotonique, il est réparti aseptiquement en ampoules stérilisées ou en petits tubes stériles, de 5 cm^3, eux-mêmes fermés par des capuchons de caoutchouc stérilisé.

Iode. — *Teinture au 1/15e.*
Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 30, trente centigrammes ;
Pour 24 heures : 3 g., trois grammes.
Dangereux. — Tableau C.

Noix vomique (*Teinture de*) *:*
Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g. 30, trente centigrammes.
Pour 24 heures : 5 g., cinq grammes.
Toxique. — Tableau A.

Oxyquinoléine (sulfate d'Ortho) (Sunnoxol) (*Article nouveau*). — Poudre jaune clair, d'odeur safranée, soluble dans l'eau, peu soluble dans l'alcool, et insoluble dans l'éther éthylique.

Pâtes (*articles nouveaux*) *:*

Zincique, dite *de Lassar :* amidon, lanoléine, oxyde de zinc, vaseline : ââ.

Zincique à l'eau, dite *de Darier :* carbonate de calcium, eau distillée, glycérine, oxyde de zinc : ââ.

Phényléthylmalonylurée (gardénal, luminal).
Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 20, vingt centigrammes.
Pour 24 heures : 0 g., 50, cinquante centigrammes.
Dangereux. — Tableau C.

Pommades. — *Ichthyolée* (à 10 p 120).
A l'oxyde jaune (à 5 p. 100). *Dangereux. — Tableau C.*
Au sulfure de potasse (Milian).

Potion *au chlorure de calcium* (*article nouveau*) (à 6 g. pour 180).

Santonine. — Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 10, dix centigrammes ;
Pour 24 heures : 0 g., 30, trente centigrammes.
Dangereux. — Tableau C.

Sirops. — Voir les noms correspondants.
Sirop de suc musculaire de bœuf.

Sodium. — *Arséniate de :*
Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 01, un centigramme ;
Pour 24 heures : 0 g., 02, deux centigrammes
Très toxique. — Tableau A.

Hypophosphite de :
Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 g., 10, dix centigrammes ;
Pour 24 heures : 0 g., 50, cinquante centigrammes.

Solutés. — *Soluté alcalin composé* (*Solution de Bourget*) (*Article nouveau*). — Contient, pour 1.000 g. d'eau distillée, 60 g. de bicarbonate de soude cristallisé, 40 g. de phosphate monoacide de sodium cristallisé et 20 de sulfate de sodium cristallisé. Cette nouvelle formule est donc environ *cent fois plus concentrée* que les formules classiques.

Soluté d'argent colloïdal. — A 5 %.

Soluté d'arsénite de potassium (*Liqueur de Fowler*). — Au centième.
Doses maxima (chez l'adulte) :
Pour une dose : 0 gr., 50, cinquante centigrammes ;
Pour 24 heures : 1 gr., 50, un gramme cinquante centigrammes.
Toxique. — Tableau A

Soluté de chlorure de sodium isotonique. — A 8 p. 1.000

Soluté glycériné d'iode (Collutoire iodé) (à 1 %).

Soluté glycériné d'oxyhémoglobine.

Soluté iodo-ioduré fort (de Lugol) (à 5 %).

Stovarsol (*Article nouveau*). — *Dangereux. — Tableau C.*

Suc musculaire de bœuf (*jus de viande*).

Vaccins (*Articles nouveaux*).

Mixte antidiphtérique, antitétanique et antitypho-paratyphoïdique.

Antitypho-paratyphoïdique (T.A.B.).
Antivariolique (*jennérien*).

Vitamines. — *Vitamine A.* — 0,6 gamma de l'étalon de carotène β représente une unité internationale de vitamine.

Vitamine C. — L'étalon international est constitué par l'acide l-ascorbique pur et l'unité internationale de vitamine C est représentée par 0,05 milligrammes de cet étalon.

Vitamine D. — L'unité est représentée par 0,025 λ de calciférol étalon. Celui-ci est délivré sous forme de solution huileuse dont 1 milligramme représente une unité internationale.

Le *soluté huileux de vitamine D* renferme 10.000 unités internationales de vitamine D par cm^3.

***

Le changement le plus considérable pour les médecins d'enfants consiste donc dans l' « admission » au Nouveau Codex de médications biologiques : anatoxines, jus de viande, insuline, soluté d'oxyhémoglobine, vaccins, vitamines. Notons aussi quelques modifications dans les formules classiques, la plus importante concernant la solution de Bourget, infiniment plus riche en sels alcalins que celles qu'on trouve dans les *Traités*, et qu'il faudra, par conséquent, prescrire à beaucoup plus petites doses.

NOTES DE JURISPRUDENCE

Le paiement de la dette d'honoraires médicaux pour soins donnés à une femme mariée commune en biens. — Une étude antérieure a été consacrée par nous à la détermination des personnes tenues du paiement des honoraires médicaux (Voir *Gaz. des Hôp.*, 21 juillet 1937, p. 929). Un arrêt de la Cour de Cassation (*Ch. soc.*, 27 janv. 1939, *Gaz. Pal.*, 21 av. 1939) relatif aux soins donnés à une femme mariée sous le régime de la communauté mérite de retenir aujourd'hui notre attention.

Rappelons tout d'abord, d'une part, que le régime de la communauté est le régime matrimonial le plus répandu en France, puisque c'est celui auquel sont soumis les époux à défaut de contrat de mariage, et ajoutons, d'autre part, que le régime de la communauté réduite aux acquêts, le plus habituellement adopté en cas de contrat, laisse inchangé le problème juridique que nous nous proposons d'étudier. C'est dire que celui-ci est susceptible d'être soulevé fréquemment à l'occasion des demandes en paiement d'honoraires médicaux.

Le principe directeur en la matière est, nous l'avons précédemment indiqué, que le malade qui reçoit les soins d'un médecin est personnellement tenu d'en acquitter le prix. Mais, s'agissant d'une femme mariée commune en biens, il n'en va pas de même.

La jurisprudence décide, en effet, que les frais de maladie de l'un des conjoints constituent une charge du mariage et doivent être compris dans le passif de la communauté par application de l'art. 1.109 C. civ. Dès lors, le médecin créancier n'en peut poursuivre le paiement ni contre la femme, ni sur les biens personnels de celle-ci, mais seulement contre le mari et sur les biens de la communauté.

Sans doute cette solution peut-elle sembler évidente. Mais la difficulté surgit lorsque les soins ont été demandés personnellement, sans aucune intervention du mari, par la femme qui a pris ainsi elle-même l'initiative d'engager la dépense relative à leur rémunération. La Cour de cassation a décidé que dans cette hypothèse la femme devait être réputée avoir agi en vertu d'un mandat tacite et qu'en conséquence par application de l'art. 1420 C. civ. le paiement ne pouvait lui incomber.

Les termes de l'arrêt permettent d'estimer que, s'agissant même d'époux mariés en fait, le recouvrement des honoraires devrait être poursuivi à l'encontre du mari seul. Cette application est particulièrement intéressante, d'une part, parce que cette situation est loin d'être rare, d'autre part, parce que les tribunaux ont à maintes reprises décidé dans de telles circonstances que le mari ne pouvait être tenu du payement de la dette contractée par sa femme.

A l'avenir, les demandes devront être toujours dirigées contre le mari sans que, semble-t-il, la loi du 18 fév. 1938, sur la capacité de la femme mariée, intervenue postérieurement à la date du jugement déféré à la Cour de Cassation, puisse être considérée comme apportant une modification à la solution de cette question.

C. NATTAN-LARRIER, *docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Paris.*

Chirurgie de la main. — I. — Livre du praticien : Plaies, infections et traumatismes de la main par Marc ISELIN, chirurgien de l'Hôpital américain. — Un volume de 320 pages, avec 135 figures : 65 fr. **Masson, édit., Paris.**

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESE DE MEDECINE

Mercredi 31 mai. — Jury : MM. Lemaître, Ombrédanne, Funck-Brentano, Halphen. — M. ARVISET. L'opération de Stoffel. Technique. Indications. Résultats.

Jeudi 1er juin. — Jury : MM. Balthasard, Cunéo, Lereboullet, Brocq. — M. AZOULI. Le risque professionnel en France. — M. GILLET. L'hystérectomie périnéale.

Samedi 3 juin. — Jury : MM. Pierre Duval, Tanon, Terrien, Ameline. — M. PIERRE. Contribution à l'étude thérapeutique de certains cas compliqués de kystes hydatiques du poumon. — CHARGHI. La réaction de Hecht et quelques modifications intéressantes de cette réaction. — THARAUD. Des facteurs tellurgiques et de leur influence en climatologie et en pathologie. — KANDELMAN. Contribution à l'étude de la migration et de l'expulsion spontanées des corps étrangers intra-oculaires.

Lundi 5 juin. — Jury : MM. Clerc, Robert Debré, Troisier, Donzelot. — M. MAILLIEZ. Contribution à l'étude clinique des septicémies staphylococciques. — M. LARGUÈCHE. Kystes aériens congénitaux du poumon. — M. MELINE. Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires à staphylocoques. — M. MOGHTADER. La cuti-réaction chez le nourrisson.

Mardi 6 juin. — Jury : MM. Laignel-Lavastine, Polonovski, Tanon, Chabrol. — M. CHAPPUIS. Notions sur les intoxications par le fluor, acquises par l'étude du « Darmus » en Afrique du Nord. — M. LEROUX. Les lésions cutanées des hydrocarbures et de leurs principaux dérivés. M. PETIT. Les stations climatiques et hydro-climatiques de l'île de la Guadeloupe.

Mercredi 7 juin. — Jury : MM. Lœper, Fiessinger, Henri Bénard, Lemaire. — M. GOTTLIEB. Le traitement des spasmes artériels par les injections intraveineuses lentes d'acétylcholine. — M. LEMONNIER. L'hypochlorémie dans les sténoses du pylore. — M. OHLGIESSER. Infections inoculées par la vaccine. — Mlle BAEILLIER-FOUCHÉ. Variations de la glycémie au cours de la perfusion du foie. Action de l'insuline et des autres hormones. Action de l'asphyxie.

Jeudi 8 juin. — Jury : MM. Claude, Gougerot, Chevallier, Sézary. — M. DELAMARE. L'équipement radiologique des hôpitaux psychiatriques. — M. CARIAGE. Contribution à l'étude de la syphilis sérologique chez la femme. Sa réalité clinique, essai pathogénique. — M. FOURNIER. De la thérapeutique antisyphilistique en dermatologie. — M. HAAS. La langue lisse et sa valeur diagnostique. — M. MINOT. Le traitement des staphylococcices par le glycocollate de cuivre.

Vendredi 9 juin. — Jury : MM. Grégoire, Mathieu, Funck-Brentano, Ménégaux. — M. RUDAUX. Le centre statique cervical. Son importance dans la chirurgie du pharyngo-laryngée. — M. PICQUART. L'arthrorise postérieure par greffon souple incurvé dans le traitement des séquelles de la polyomyélite. — Mlle CYPIN. Contribution à l'étude des fractures du sésamoïde interne du gros orteil.

Samedi 10 juin. — Jury : MM. Jeannin, Mocquot, Nobécourt, Cathala. — M. BLEYNIE. Contribution à l'étude de la césarienne segmentaire à cul de sac. — M. MARINETTI. Grossesse extra-utérine et grossesse normale. — Mme MARINETTI, née PETRON. Chimiothérapie de la blennorragie féminine. — Mme ELIAKIM. Tuberculose pulmonaire caséo-ulcéreuse pendant la puberté.

PRATIQUE MÉDICALE

SEXE FÉMININ ET ŒSTROBROL

d'après le docteur VIGOUROUX (1)

Chez les femmes, les symptômes nerveux sont infiniment fréquents surtout au moment des règles ; aussi a-t-on pensé qu'il était très intéressant de combiner un médicament calmant avec une thérapeutique folliculinée. L'œstrobrol est un sédobrol folliculiné. Chaque tablette d'œstrobrol contient un gramme de bromure de sodium chimiquement pur et 100 unités internationales de folliculine, incorporés à un extrait de bouillon végétal concentré et achloruré. Une à deux tablettes dissoutes dans de l'eau très chaude chaque jour, pendant la semaine qui précède les règles, donnent d'excellents résultats du point de vue douleur et du point de vue nerveux. On peut d'ailleurs combiner cette médication, chez les obèses nerveuses, avec l'absorption de comprimés de Thyroxine « Roche » à la dose d'un comprimé par jour pendant une dizaine de jours par mois. D'autre part, la folliculine peut être donnée à l'état pur, sous forme d'œstroglandol, qu'il ne faut pas confondre avec l'œstrobrol. Chaque comprimé et chaque ampoule d'œstroglandol est dosé à 1.000 U. I. de folliculine ; c'est donc un médicament qui est infiniment plus actif que l'œstrobrol et ce qui est intéressant, c'est de pouvoir l'administrer par voie percutanée ou transépithéliale. Les travaux de Zondek ont en effet montré que la folliculine s'absorbe merveilleusement à travers l'épithélium de la peau et des muqueuses. Il n'y a qu'à faire suivre son application d'un léger massage et laisser les parties ainsi traitées à l'air pendant quelques instants. Dans le prurit vulvaire en particulier, cette médication hormonale donne des effets tout à fait remarquables. L'onguent d'œstroglandol permet d'appliquer cette thérapeutique avec de très bons résultats dans tous les cas de prurit vulvaire et aussi d'acné et d'eczéma au moment de la puberté et de la ménopause, comme à tous les instants de la vie génitale.

NOTES POUR L'INTERNAT

L'ARTÈRE HÉPATIQUE *(Fin)* (2)

2°) *La branche gauche.*

Suit une direction ascendante et légèrement oblique en avant, elle est plus grêle que la droite.

Elle monte à gauche de la bifurcation de la V.P. et de la branche portale gauche ayant à sa droite la portion initiale du canal, hépatique puis sa branche gauche, arc biliaire dont l'artère est la corde.

MODE DE DISTRIBUTION.

La branche droite se distribue au lobe droit et au lobe carré, la branche gauche vascularise le lobe gauche. Pénétrant dans le foie, les branches artérielles s'engagent dans les gaines de la capsule de glisson et donnent 4 ordres de rameaux :

rameaux des conduits biliaires.
— vesculaires.
— capsulaires.
— interlobulaires.

ANOMALIES.

Nous citerons seulement les cas d'artères accessoires par dédoublement droit ou gauche de l'artère hépatique et surtout l'origine anormale au niveau de la mésentérique supérieure (Rio-Branco). Dans ce dernier cas, l'artère hépatique passe dans l'espace interporto-cholédocien pour contourner le flanc droit de la V.P. et gagner sa face antérieure.

LES BRANCHES COLLATÉRALES.

Au cours de son trajet, l'artère hépatique émet les branches suivantes :

1° *Des ramuscules ganglionnaires, et épiploïques.*

2° *Des rameaux pancréatiques* dont le plus important est la pancréatique moyenne ou pancréatica magna qui descend à la face postérieure de l'isthme du pancréas : et se divise en une branche gauche : pancréatique transverse, et une droite qui contourne le bord inférieur de l'isthme et va s'anastomoser sur la face antérieure de l'organe avec une petite branche émanée de la gastroduodénale, seule arcade prépancréatique.

3° *Des rameaux duodénaux supérieurs.*

4° *L'artère gastro duodénale,* branche de bifurcation de l'hépatique commune se dirigeant en bas et à droite. Elle est séparée de la face antérieure du cholédoque par le tubercule épiploïque du pancréas. Elle émet à ce niveau la pancréatico-duodénale supérieure droite. Enfin, elle s'insinue derrière le premier duodénum à l'union de ses portions fixe et mobile, étant en rapport avec le groupe ganglionnaire retro-pylorique de Cunéo et Delamare.

La pancréatico-duodénale supérieure droite est la seule collatérale de la gastroduodénale. Trajet : d'abord devant le cholédoque avec une grêle artère cholédocienne, puis contourne son flanc droit et passe sur sa face postérieure.

Terminaison : anastomose avec branche de mésentérique supérieure : première arcade rétro-pancréatique. Sa veine homonyme avant de se jeter dans la V.P. passe derrière le cholédoque : anneau vasculaire péricholédocien de Grégoire.

Terminales de la gastro-duodénale.

a) Pancréatique duodénale inférieure droite : glisse entre bord externe du pancréas et duodénum, anastomose avec branche de mésentérique supérieure : deuxième arcade rétro-pancréatique.

b) Gastro--épiploïque droite oblique en bas et à gauche dans ligament gastro-colique (citer anse en U. de Leriche et Villemin), anastomose avec gastro-épiploïque gauche : arc artériel de la grande courbure. Ses rapports : veine allant au tronc gastrocolique, filets nerveux émanés du plexus hépatique antérieur, ganglions sous pyloriques de Cunéo et Delamare.

5° *Artère pylorique.*

***Origine :* hépatique propre dans la partie basse du ligament duodéno hépatique.**

***Trajet :* en bas, à gauche, appliqué à l'hépatique qu'elle surcroise, puis longe bord supérieur du pylore (à son contact).**

***Terminaison :* classiquement, deux branches antérieure et postérieure anastomosées avec branches analogues de coronaire stomachique, plus souvent seulement anastomose des deux branches postérieures.**

M.-H. SERVELLE,
(*de Strasbourg*).

(1) *Courrier médical*, n° 21, Paris, mai 1936.
(2) Voir *Gaz. Hôp.*, N° 41, p. 733, N° 43, p. 770.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY MAILLET, 8, rue de Châtillon, Paris.

N° 46. — SAMEDI 10 JUIN 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des Hôpitaux *met à la disposition de MM. les étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 juin.

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Complications nerveuses de la pneumonie, par MM. A. DUMOND et G. DEPLANTE.

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE.
La dolichosténomélie, par M. L. BABONNEIX.

JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES SUISSES, par M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de chirurgie.

LIVRES NOUVEAUX.

STATISTIQUES UNIVERSITAIRES.

PRATIQUE MÉDICALE.

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne) est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Beaujard, appelé à un autre poste.

Faculté de médecine de Nancy. — Le docteur Aubriot est chargé d'un cours complémentaire d'oto-rhino-laryngologie.

Faculté de médecine de Toulouse. — Sont délégués dans les fonctions de chefs de travaux temporaires : M. le docteur Marquès, physique. M. Blanc, pharmacie.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur Robin est institué pour neuf ans, chef de travaux d'anatomie.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés officier d'académie : MM. les docteurs Coumetou, à Paris, et Pacaud, à Lorrez-le-Bocage.

Ministère de santé publique. Le Carnet de santé. — Voici le texte de l'arrêté que nous avons signalé dans notre avant-dernier numéro.

Art. 1. — Il est institué, sous le nom de « Carnet de santé » du ministère de la santé publique, un livret sur lequel pourront être inscrits tous les renseignements d'ordre médical, relatifs à la santé de l'individu.

Art. 2. — Les titulaires, ou parents du titulaire dudit carnet, sont invités à le présenter à leur médecin traitant, chaque fois qu'ils recourent à ses services, et à lui demander de bien vouloir le remplir.

Art. 3. — Le carnet de santé constitue un document strictement personnel, dont nul ne peut exiger la communication.

Art. 4. — Les municipalités sont invitées à délivrer un carnet de santé aux parents de chaque enfant, dès la naissance de celui-ci, ainsi qu'à toute personne qui en fera la demande.

Art. 5. — Les établissements hospitaliers et les organismes d'hygiène, publics et privés, subventionnés à titre facultatif par le ministère de la santé publique, sont invités à utiliser ledit carnet de santé, et à en

remettre un exemplaire à toute personne qui fréquente leurs services et qui en serait dépourvue.

Art. 6. — Les carnets de santé, ainsi distribués, devront être conformes au modèle officiel adopté par le ministre de la santé publique.

Académie de médecine d'Angleterre. — Le Dr Robert Pierret, Directeur général de l'Office International d'Hygiène publique et Médecin consultant à La Bourboule, vient d'être élu Membre titulaire de l'Académie de médecine d'Angleterre (Fellow of the Royal College of Physicians).

Un legs Regnault. — Par décret en date du 19 mai 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, le recteur d'académie, président du conseil de l'université de Paris, est autorisé à accepter le legs particulier fait par M. le docteur Regnault (Louis-Félix), en faveur de la bibliothèque de l'université de Paris (section médecine), et comprenant le quart disponible de la fortune du testateur, ses livres scientifiques et un mortier en marbre (œuvre italienne du seizième siècle).

Journée cardiologique de Royat. — Le 18 juin 1939 aura lieu à Royat sous la présidence du professeur Charles Laubry une journée cardiologique où seront exposés des rapports de M. D. Routier, sur une visite à Bad-Nauheim ; de MM. Mouquin et Pierre Laubry sur l'électrocardiogramme et l'angine de poitrine ; de MM. Lian et Minot sur l'électrofluoroscope. Le professeur Charles Laubry fera une conférence sur « les coronarites ».

Le 19 juin sera consacré à des excursions organisées par la municipalité de Royat.

Association générale des médecins de France. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association vient d'avoir lieu sous la présidence de M. Chapon, président.

Cinquante sociétés départementales étaient représentées par leurs présidents et délégués.

M. Bongrand, trésorier, a rappelé que, depuis quelques années, l'Association distribuait en secours à la famille médicale *plus d'un million de francs par an.*

M. Paul Lutaud, secrétaire général, a exposé les vœux émis par les Sociétés départementales sur des questions fort importantes d'assistance professionnelle.

MM. Le Lorier, de Paris, Barbin, d'Orléans et Gossart, de l'Oise, ont été élus membres du Conseil.

Le soir, un banquet présidé par M. le Pr. Legueu, a réuni les présidents et délégués des Associations départementales. Des discours ont été prononcés par MM. Chapon, président, Cousin, député de Paris, Choyau, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français et M. le Pr Legueu, président de la Société de Femmes et Enfants de Médecins.

Beaux discours qui, tous, ont été chaleureusement applaudis.

IIIe Congrès neurologique international. — Copenhague, 21-25 août 1939. — Le bureau du congrès se permet de rappeler aux neurologues, neuro-chirurgiens, psychiatres et à tout médecin qui s'intéresse à la neurologie, qu'ils peuvent s'inscrire au congrès, comme membre « actif » (40 couronnes danoises).

Toute personne (messieurs ou dames) n'appartenant pas au corps médical peut s'inscrire comme membre « passif » (20 couronnes danoises).

L'inscription se fait soit directement auprès du secrétaire général du congrès : *M. le Dr Knud H. Krabbe, Kommunehospitalet, Copenhague K.*, soit auprès de *M. le Prof. Barré, directeur de la clinique neurologique de Strasbourg.*

L'inscription étant faite, les cotisations devront être versées à *Madame Sorrel-Déjérine* (trésorière pour la France), 123, rue de Lille, Paris (7e).

Pour toute demande concernant les facilités de voyage et les excursions projetées, prière de s'adresser à la *clinique neurologique* (*hôpital civil*), *Strasbourg.*

Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté de médecine de Bordeaux. M. le Professeur Portmann fera un cours de perfectionnement du 3 au 15 juillet 1939. Inscriptions au secrétariat de la Faculté de médecine à Bordeaux, droit d'inscription : 300 fr.

Assemblée générale de la F.E.M. — La F.E.M. (Société de Secours Mutuels et de retraites pour Femmes et enfants de Médecins), mais surtout Société de secours aux Orphelins et aux Veuves, vient de tenir son Assemblée générale annuelle à son Siège social.

Le Dr Georges Duhamel, de l'Académie Française, président d'honneur, assistait à la séance que le Dr Legueu présidait, entouré du Dr Siredey, du Pr. Brindeau, de Mme F. Jayle, des Drs Darras et Dabout, de Mmes Paul Aimé et Veillard.

Dans son allocution fréquemment applaudie, le Pr. Legueu rappela le beau succès remporté par le XIIIe Bal de la Médecine Française, dont les bénéfices intégralement distribués, permettront d'aider cette année plus largement des Orphelins et des Veuves dans la détresse.

Il termina par un pressant appel à toutes les familles médicales qui doivent se joindre à nous pour rendre notre action plus efficace : les médecins comme Membres Honoraires : cotisation annuelle 25 frs — perpétuée 250 frs — Membres Bienfaiteurs : versement minimum 250 frs : les femmes et les enfants de médecins peuvent être admis comme Membres participants (cotisation annuelle 25 frs par personne), et s'assurer ainsi dans l'avenir une aide matérielle et morale effective.

Pour tous renseignements, s'adresser : Société F.E.M., 60 Bd. de la Tour Maubourg, Paris 7e, Tél. Inv. 55.90 — Ch. post. 1466.88.

REVUE GENERALE

COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA PNEUMONIE

Par A. DUMOND et G. DEPLANTE,
Internes des hôpitaux de Lyon.

Peu d'affections sont aussi répandues que la pneumonie lobaire aiguë. Ses signes physiques caractéristiques, son évolution cyclique, ses lésions anatomiques enfin, sont peut-être parmi les premières notions médicales qu'acquiert l'étudiant en médecine.

Plus tard, ses connaissances s'étendent et c'est avec une documentation très complète sur les multipes formes cliniques de l'affection que le praticien se rendra au chevet des malades.

Ce n'est pas la symptomatologie de la pneumonie, ni ses complications, qu'il nous a paru utile d'exposer dans une revue générale. Les traités classiques sont trop complets pour qu'on puisse rien leur ajouter. D'ailleurs, le cadre d'une revue générale serait beaucoup trop étroit pour y aborder une pareille question.

Par contre, nous avons été frappés, en relisant ces traités, de la faible place accordée par les auteurs aux complications nerveuses para ou méta-pneumoniques. La rareté de certaines d'entre elles légitime d'ailleurs cette abstention.

Il nous a paru utile de les reprendre dans une étude d'ensemble pour qu'on puisse s'y reporter sans avoir à compulser les innombrables publications qui s'y rapportent et qui ne traitent chacune que d'un point particulier de la question.

HISTORIQUE

Depuis le travail fondamental de Grisolles, on savait la fréquence des signes méningés ou des méningites au cours de la pneumonie infantile, on connaissait parfaitement les délires graves qui accompagnent la pneumonie de l'alcoolique, et déjà, on souçonnait le rôle de l'encéphalite dans les paralysies pneumoniques.

Les thèses de Boulloche et de Roussel, soutenues à Paris en 1892 et 1896, devaient préciser le mécanisme et l'étude clinique de ces paralysies. Une étude d'ensemble de Petero sur les complications nerveuses de la pneumonie, les travaux de Renon et de Géraudel sur les névrites post-pneumoniques, ceux de Rispal et Deverbizier, de Lesieur et Froment, de Weil et Mouriquand, de Nobécourt sur les encéphalites ou les méningites, sont ceux qui ont le plus contribué à compléter nos connaissances sur cette question.

Plus récemment, les thèses de Mlle Billiet (Lyon 1927) et de Mlle Comby (Paris 1935), les publications de Guillain et Vincent, de Mouriquand et Ravault, de Nobécourt et de tous les pédiatres, ont mis en lumière certaines manifestations nerveuses encore mal connues.

C'est en partant de tous ces travaux que nous avons entrepris cette étude. Dans cette question, certaines affections très fréquentes doivent voisiner avec d'autres bien plus rares, et notre exposé sera, par la force des choses, plus didactique que clinique. Nous nous en excusons à l'avance.

Plutôt que d'envisager successivement l'atteinte des différents segments anatomiques du système nerveux, nous préférons nous baser sur la présence de signes méningés, parétiques ou psychiques, pour en faire le cadre de cette étude.

I. — Complications méningées. — Nous avons vu qu'elles étaient parmi les plus anciennement connues, puisque étudiées déjà par Grisolles. C'est sans doute leur fréquence qui leur a valu cette priorité. La précision clinique et pathogénique n'a pas suivi d'emblée ces premières descriptions, et cela malgré les nombreux travaux de Laveran, de Netter et de Hutinel. La terminologie variée des auteurs y a sans doute contribué : méningites, pseudo-méningites, inflammations des méninges, méningites aseptiques, méningites lymphatiques, méningites inflammatoires, méningites séreuses, méningisme, étaient autant de termes qu'il y avait intérêt à simplifier. Le Congrès de Médecine de 1935 y a contribué et nous adopterons le plan suivant : méningites purulentes, méningites séreuses, méningisme.

1° Méningite purulente a pneumocoque. — Elle est due au passage dans les espaces sous-arachnoïdiens du pneumocoque.

C'est avant la défervescence, en pleine période d'état, que les signes méningés vont se manifester, exceptionnellement durant la convalescence.

Dans presque tous les cas, le tableau d'emblée grave de l'affection, la température très élevée, l'adynamie, la pâleur, la splénomégalie, les douleurs articulaires, les éruptions purpuriques, ont déjà montré qu'il s'agissait d'une méningococcémie grave, lorsque la méningite fait son apparition. Parfois même, les lésions pulmonaires passent au second plan et ne constituent qu'un épisode au cours d'une septicémie à pneumocoques. Nous ne ferons que rappeler le rôle important des rhino-pharyngites à pneumocoques dans la genèse de ces septicémies.

La ponction lombaire lève tous les doutes en retirant un liquide trouble n'ayant pas en général l'aspect du pus franc, ou l'examen mettra en évidence des polynucléaires altérés et de nombreux pneumocoques, dont l'abondance contraste avec la pauvreté du liquide en éléments blancs (Widal). C'est une véritable dissociation cyto-bactériologique.

L'évolution est assez rapide et le collapsus vient le plus souvent y mettre un terme. Rares sont les cas où, sous l'influence de la thérapeutique et grâce à la robustesse de constitution du sujet, la guérison s'obtient. Même dans ces cas, les séquelles que l'on peut observer dans toutes les méningites purulentes viennent encore assombrir le pronostic.

Enfin, on assiste parfois à une évolution foudroyante : Guilain et Vincent ont insisté sur ces formes dont le diagnostic n'est pratiquement fait qu'à l'autopsie, car le malade meurt avant même l'apparition des signes cliniques.

2° Méningite séreuse. — Signalée pour la première fois par Bouchut, en 1886, elle consiste en une inflammation méningée avec réaction nette du liquide céphalo-rachidien. C'est une méningite lymphocytaire analogue à ces formes primitives que l'on observe en dehors de tout germe spécifique.

Le tableau clinique est peut-être plus précoce que dans la méningite purulente. Les signes apparaissent, en effet, souvent dès le deuxième jour, et sont en général extrêmement marqués. D'ailleurs, l'absence des signes généraux graves qui accompagnent la méningite purulente peut parfois éviter la confusion, même avant la ponction lombaire. Celle-ci reste néanmoins indispensable : elle ramène un liquide clair hypertendu, où l'on trouve une lymphocytose importante et de l'hyperalbuminose. Le sucre est en général normal. Le pneumocoque n'est en général pas décelable (Hutinel). Cependant, Lafforgue a pu le mettre en évidence dans certains cas.

On doit se méfier d'une transformation purulente, celle-ci est d'ailleurs très rare. En principe, on portera un pronostic bénin et l'on n'aura pas de séquelles à redouter. Les cas de cécité ou de crise d'épilepsie sont en effet rarissimes au décours de cette complication.

Nous signalerons enfin les cas d'hydrocéphalie à évolution lente, décrits par Clileroux, qui pourraient laisser une hydrocéphalie définitive, après l'épisode méningé infectieux.

3° Méningisme (Expression créée par Dupré en 1894). — Fréquemment, on observe au début d'une pneumonie, surtout chez l'enfant, et toujours avant l'apparition des signes physiques, des signes méningés d'importance variable. Tantôt c'est une simple raideur discrète avec des rachialgies et des céphalées, tantôt c'est un tablau impressionnant où tous les signes méningés sont au complet.

Dans tous les cas, le liquide céphalo-rachidien est normal et ne présente aucune réaction inflammatoire. Cette seule constatation autorise à affirmer la bénignité du pronostic, sous réserve que les signes méningés ne cache pas une altération plus importante des centres nerveux sous-jacents, comme nous le verrons tout à l'heure.

La pathogénie de ces manifestations reste d'ailleurs inconnue. La seule chose que l'on puisse affirmer c'est qu'il n'y a jamais de lésions anatomiques décelable, même à un examen histologique très précis (Taillens).

Plus peut-être que les méningites; ces pseudo-méningites égarent le diagnostic, car les signes méningés sont, nous l'avons vu, très marqués et l'agent pathogène n'est pas décelable dans le liquide. C'est une vésicule d'herpès, une légère dyspnée, la température en plateau, et surtout la radiologie, qui permettront de rapporter les signes méningés à leur véritable cause.

En somme, on voit que ces épisodes méningés ont des significations très variables. Il faut donc insister sur l'opportunité de la ponction lombaire qui, seule, permettra un diagnostic précis. Ce n'est que dans le cas de signes méningés frustes au début, que l'on peut se permettre de différer cette ponction.

Insistons également sur la date d'apparition de ces sydromes qui a une grosse valeur diagnostique. *Le méningisme* bénin ouvre la scène clinique, il n'est jamais grave, à moins qu'il ne cache une autre complication nerveuse. *La méningite séreuse* débute au 2e ou 3e jour, régresse en même temps que le foyer pulmonaire et n'a pas de signification fâcheuse. La méningite purulente apparaît cliniquement d'une façon plus tardive, va en général de pair avec d'autres localisations pneumococcémiques. Elle est pratiquement toujours mortelle.

II. — Complications parétiques. — Nous englobons sous ce terme toutes les manifestations nerveuses survenant au cours de la pneumonie ou après elle, et qui s'accompagnent d'accidents paralytiques.

Entrevues par Grisolles, puis classifiée par Boulloche qui y consacra sa thèse, les paralysies pneumoniques ont été l'objet de nombreux travaux, en particulier de Gubler, de Charcot, de Lépine, de Landouzy, de Lesueur et Froment.

Leurs localisations variables permettent de les classer en : paraplégies, monoplégies et hémiplégies. D'autre part, leur place dans le cycle de la pneumonie autorise à distinguer : paralysie précoce et paralysie tardive. Leur pathogénie, enfin, doit conduire à étudier successivement : les encéphalites, les myélites, les encéphalo-myélites, les polynévrites et, enfin, les névrites.

Nous nous contenterons de les envisager d'après leur date d'apparition, ce qui nous conduit à étudier d'abord les paralysies para-pneumoniques, que nous opposerons ensuite aux paralysies méta-pneumoniques. A propos de chacune d'elles, nous envisagerons leurs localisations variables et les différentes pathogénies que les auteurs ont pu invoquer pour les expliquer.

I. Paralysies para-pneumoniques (ou précoces). — Il s'agit là d'une manifestation nerveuse indiscutable mais relativement rare. Elle a été l'objet de nombreux travaux. Elle est définie par le fait qu'elle apparaît durant la période d'état de la pneumonie lobaire aiguë. Il en existe deux types nettement individualisés :

A) L'hémiplégie pneumonique avec ou sans aphasie est la mieux caractérisée. Elle a été l'objet de la thèse de Lépine.

Elle avait été vue pour la première fois par De Haen en 1761. Elle se voit aussi bien chez le vieillard et chez l'adulte que chez l'enfant. Elle se traduit cliniquement par une abolition des mouvements des membres du côté atteint, ou tout au moins par une diminution nette de leur motilité et de leur force musculaire. Les réflexes tendineux disparaissent du côté atteint, le réflexe cutané plantaire se fait en extension. Rarement la face est atteinte : en général, il n'y a même pas d'asymétrie faciale.

Parfois, d'ailleurs, la lésion est moins marquée et l'on ne constate qu'une simple monoplégie flasque.

Le tableau clinique n'est pas toujours le même et l'on oppose :

— L'hémiplégie survenant au cours de la pneumonie infantile qui s'installe brusquement, ne dure

parfois que quelques jours, s'accompagne de troubles fonctionnels importants. Elle régresse toujours de façon complète et dans des délais assez brefs le plus souvent.

— L'hémiplégie des vieillards, survenant aussi pendant la période d'état de la pneumonie, mais s'installant plus progressivement et représentant souvent une complication mortelle.

La pathogénie de ces hémiplégies est restée longtemps obscure : on les a expliquées successivement par un foyer d'hémorragie ou de ramollissement dans un hémisphère cérébral ou niveau des centres cervicaux, par une méningite localisée à la connexité de l'encéphale et aussi par une embolie cérébrale (Bellot).

Pour Lépine, il ne s'agissait que d'une simple « poussée congestive » s'objectivant anatomiquement par la teinte spéciale du « cerveau hortensia ». C'était une manifestation vaso-motrice analogue à la rougeur de la pommette que l'on observe de façon presque constante dans la pneumonie l'ischiémie consécutive expliquait l'apparition de l'hémiplégie. Comby puis Rispal ont eu le mérite de montrer qu'il s'agissait en réalité d'une véritable « encéphalite infectieuse » et qu'il fallait substituer ce terme à celui de « pneumonie cérébrale » qu'avaient donné Rilliet et Barthez pour expliquer ces hémiplégies.

Il n'empêche d'ailleurs que, dans certains cas, le phénomène de congestions cérébrales et même un foyer hémorragique peuvent jouer un rôle dans la genèse de ces hémiplégies. Une pathogénie univoque exclusive est à rejeter là comme partout ailleurs.

B) *La paraplégie précoce* est beaucoup plus rare, et n'a pas été l'objet de travaux importants.

Sans doute d'ailleurs, la recherche systématique des réflexes tendineux n'est pas toujours pratiquée chez ces pneumoniques qui, alités, se rendent à peine compte d'une paralysie qui ne les gêne pas, et cela, d'autant plus volontiers, qu'elle reste souvent incomplète et qu'au moment de la convalescence, la faiblesse et le dérobement des jambes sont facilement attribués à l'asthénie. Elle doit néanmoins être séparée de façon absolue de la « pneumonie asthénique » décrite par Dieulafoy. Nous en avons récemment publié un cas indiscutable.

Le diagnostic se fera par la disparition des réflexes rotuliens et achilléens, par la diminution importante de la motilité volontaire, et, après la défervescence, par la gêne de la marche ou même son impossibilité absolue. Ce sont donc des signes de paraplégie flasque qui apparaissent au début de l'infection pneumonique, qui sont d'emblée maximum et régressent ensuite lentement. On observe souvent au début de la paraplégie quelques signes méningés fugaces.

Il n'y a pas eu à notre connaissance d'études anatomiques de la moelle chez de tels malades. La rareté de cette complication ainsi que la bénignité de son évolution l'expliquent aisément.

Il n'est d'ailleurs pas douteux qu'il ne s'agisse là d'une myélite infectieuse, celle-ci se produisant par un mécanisme exactement superposable à celui de l'encéphalite pneumonique qui entraîne l'hémiplégie. Nous ajouterons que, dans un cas comme dans l'autre, la ponction lombaire ne donne aucun renseignement : le liquide céphalo-rachidien est toujours normal, même au cas relativement fréquent où il y a des signes méningés associés.

II. Paralysies méta-pneumoniques (ou tardives). — Elle sont plus fréquentes que les paralysies de la période d'état; le type en est représenté par la *paraplégie post-pneumonique.*

Celle-ci débute après la défervescence, alors que la convalescence semblait en bonne voie. Elle se constitue le plus souvent de façon insidieuse et progressive par des troubles fonctionnels. C'est d'abord la marche qui est gênée, il y a fatigabilité excessive : puis bientôt la simple station debout est impossible entraînant donc une impotence considérable. Progressivement les réflexes tendineux disparaissent et bientôt se constitue une paraplégie flasque totale. On trouve quelquefois de l'atrophie musculaire. Il n'y a pratiquement pas de troubles sensitifs non plus que de troubles sphinctériens.

La ponction lombaire ne montre, là encore, aucune modification du liquide céphalo-rachidien.

L'évolution est longue, mais toujours favorable et la récupération fonctionnelle est totale.

Ces paraplégies ont un tableau clinique et une évolution variable suivant qu'il s'agit d'une myélite ou d'une polynévrite. Ce sont, en effet, les deux pathogénies invoquées pour les expliquer.

a) *La paraplégie par myélite* s'installe brusquement et précède même souvent la défervescence de la pneumonie lobaire aiguë. Elle est donc d'emblée marquée. En outre, elle reste toujours strictement localisée aux membres inférieurs.

On peut donc l'assimiler au point de vue pathogénique à la paraplégie myélitique précoce que nous avons déjà envisagée. Comme elle, d'ailleurs, elle régresse vite et aboutit à la guérison complète.

b) *La paraplégie polynévritique* survient de façon plus progressive et souvent plus tardive. Certains réflexes tendineux sont encore obtenus alors que les troubles moteurs sont déjà accentués. Ils ne disparaissent que progressivement. Cette paraplégie s'accompagne volontiers de troubles sensitifs, en particulier de fourmillements et de douleurs musculaires, comme on en observe dans les polynévrites éthyliques.

Les troubles trophiques sont également importants; l'atrophie est toujours appréciable.

Enfin et surtout, elle ne reste pas toujours localisée aux membres inférieurs, elle s'accompagne souvent de paralysie de voile du palais, et, comme Vach l'a montré, de paralysies des membres supérieurs, affectant ainsi le type quadriplégique.

Nous signalerons également que ces polynévrites infectieuses post-pneumoniques qui relèvent d'une névrite péri-axile peuvent affecter certains nerfs, du membre supérieurs en particulier, de façon isolée, constituant alors de simples névrites. En raison de leur rareté nous nous contenterons de les signaler ici, à

propos des paraplégies polynévritiques, bien qu'elles en soient cliniquement entièrement différentes.

Toutes ces complications parétiques, qu'il s'agisse d'un processus infectieux au niveau de l'encéphale ou d'une myélite, ou bien qu'elles relèvent d'une atteinte nerveuse périphérique diffuse ou localisée, sont caractérisées par la bénignité de leur évolution. Elles ne sont jamais mortelles, et l'on n'a pratiquement pas à redouter un syndrome ascendant de Landry, que certains auteurs auraient observé.

Elles laissent exceptionnellement des séquelles : atrophies persistantes, troubles douloureux névritiques, peu graves, ou bien sclérose en plaques post-encéphalitiques (Jaccoud et Marie), graves mais encore plus rares. On peut donc, en présence de l'une de ces complications, porter un bon pronostic à la fois vital et fonctionnel, en remarquant toutefois que l'évolution est très longue, en particulier dans les manifestations polynévritiques qui mettent souvent plus de six mois à guérir complètement. Mais ce qu'il importe de connaître ce sont les difficultés de *diagnostic* de ces complications.

a) *Les complications précoces égarent le diagnostic* sur une affection neurologique, risquent de faire méconnaître le foyer pneumonique et par conséquent l'origine des troubles nerveux. En effet, les signes physiques de la pneumonie apparaissent tardivement et les signes fonctionnels respiratoires ne sont pas assez marqués au début pour attirer l'attention sur le poumon.

Il faut cependant faire le diagnostic et ne pas commettre l'erreur de porter celui d'encéphalite aiguë, de poliomyélite ou de polynévrite infectieuse primitive, toutes affections dont le pronostic est incomparablement plus sévère que celui de la complication pneumonique.

b) Un autre problème se pose dans les paralysies tardives : *on a reconnu la pneumonie* et, après la défervescence (souvent plusieurs semaines), on assiste à l'évolution d'une paraplégie qu'il faut alors rapporter à sa véritable cause. Il suffit, en effet, de connaître la possibilité de ces complications pour faire le diagnostic étiologique. La pneumonie a toujours laissé au malade ou à son entourage un souvenir suffisamment précis pour que l'interrogatoire permette de retrouver facilement l'épisode pulmonaire initial, et la relation appaît d'autant plus évidente entre affection pulmonaire et affection nerveuse qu'en général, c'est seulement une semaine ou deux après la guérison de la pneumonie qu'on assiste à l'évolution de ces complications.

En somme, ces complications parétiques sont en général bénignes, si nous exceptons l'hémiplégie pneumonique du vieillard presque toujours mortelle. Nous constatons que les paralysies pneumoniques sont de deux sortes : les unes apparaissent pendant la phase aiguë ou tardive, sont d'emblée marquées, regressent vite. Elles sont dues le plus souvent à une poussée encéphalique. Les autres sont en général tardives, n'apparaissent que progressivement et, régressent encore plus lentement. Ce sont des polynévrites infectieuses.

(*A suivre*).

NOTES DE MÉDECINE INFANTILE

LA DOLICHOSTÉNOMÉLIE

par M. L. Babonneix

Il existe une singulière anomalie congénitale du squelette, caractérisée par un allongement notable et un certain degré d'amincissement, amincissement et allongement qui vont en décroissant des extrémités à la racine des membres. M. le Prof. Marfan, qui en a présenté le premier cas à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, le 28 février 1896, et qui a proposé de l'appeler *dolichosténomélie*, vient de lui consacrer un important article dans les *Annales de Médecine* (juin 1938, p. 1-28). L'aspect général de la main, très longue, très mince, aux doigts fléchis, est celui de la patte d'araignée (*arachnodactylie* du Prof. Achard), expression pittoresque, mais qui laisserait supposer que la malformation reste localisée aux doigts et qu'elle est constante, alors qu'elle peut manquer lorsque les tendons des fléchisseurs des doigts ne sont pas rétractés.

La description de la maladie est facile à faire. Il s'agit d'une affection habituellement congénitale : dès le début de la vie, on observe que les membres sont grêles et longs, et les mucles très minces. Vers deux ans, les symptômes sont caractéristiques : symétriques, ils sont surtout marqués aux mains et aux pieds.

Les mains sont remarquables par l'allongement très grand de tous les os, mais surtout des métacarpiens. Les os sont, en plus, amincis, comme le montre l'examen radiologique, et un peu déformés, les extrémités inférieure de la première phalange et supérieure de la seconde étant élargies. L'aspect général est celui d'une *main très longue, très mince, aux doigts effilés*. Les avant-bras sont allongés et amincis, mais moins que la main, les bras, moins que les avant-bras.

Le pied est extrêmement allongé, la saillie du calcanéum, très acusée, formant éperon, les orteils et les métatarsiens, allongés, le pied, plat, les muscles, grêles, le pannicule adipeux, presque absent. Même aspect des os de la jambe et du fémur.

Le plus souvent, la taille est notablement supérieure à la moyenne, bien que la colonne vertébrale soit raccourcie par cypho-scoliose.

Aux lésions osseuses s'associent constamment une gracilité et une hypotonie des muscles, dont les réactions électriques sont d'ailleurs normales ; de l'hypotonie ligamenteuse ; de la minceur du pannicule adipeux, et, inconstamment, des anomalies portant sur le squelette cranien : dolichocéphalie ; thoracique, le thorax étant étroit, aplati d'avant en arrière, sur la colonne vertébrale : cyphose ou cypho-scoliose ; sur les tendons, fréquemment rétractés, encore qu'il ne s'agisse là que d'une apparence ; sur le cristallin, en état d'ectopie ou de subluxation congénitale (Ormond et Williams, 1924), le cristallin pouvant se déplacer dans toutes les directions, et pouvant se luxer soit dans la chambre antérieure, soit dans le corps vitré, d'où tremblement de l'iris ; sur le cœur, siège d'altérations congénitales qui, le plus souvent, consistent en une persistance du trou de Botal ou en une communication interventriculaire. A côté de la forme complète, existent des formes frustes, fréquentes chez les parents des sujets atteints. A l'examen radiologique, l'allongement et l'amincissement des os des membres sont constants, l'épaississement du cartilage de conjugaison (*hyperchondroplasie* de MM. M. H. Méry et L. Babonneix), manquent souvent. L'état de la selle turcique est variable.

Quelle est l'évolution de cette maladie ? Nombre de sujets meurent jeunes, emportés par quelque affection intercurrente ; quelques-uns arrivent à l'âge adulte : de certains, les uns vivent de la vie commune, les autres ne peuvent déployer qu'une activité restreinte, en raison des troubles associés ; chez quelques-uns, les déformations s'atténuent à la puberté.

Si l'anatomie pathologique est encore inexistante, malgré six autopsies, on peut dire que l'étiologie est plus avancée. La maladie est héréditaire et familiale, la transmission se faisant par le mode mendélien dominant (Apert). Quant à la pathogénie, une seule donnée acquise : l'existence d'une anomalie de développement d'origine germinale (Amsler, Huber et Lièvre, Apert), c'est-à-dire d'une variation dans le même gêne d'un même chromosome.

Quant au traitement, il est encore purement symptomatique, la tâche du médecin devant se borner à surveiller le patient et à s'efforcer d'atténuer les effets de son infirmité.

JOURNÉES ORTHOPÉDIQUES SUISSES

(Zurich, Lausanne, Genève, du 30 mai au 2 juin 1939)

Les membres de la Société française d'orthopédie et traumatologie avaient été invités par leurs collègues suisses à se rendre en Suisse à la fin de septembre dernier. Cette réception fut décommandée au dernier moment. Les congressistes n'ont rien perdu pour attendre, car les Français qui rentrent de Suisse n'oublieront jamais l'accueil chaleureux et profondément émouvant que leur ont réservé les confrères orthopédistes, les facultés, les autorités des 3 villes de Zurich, Lausanne et Genève.

Tout d'abord, les séances de travail ont été fort importantes et instructives. A Zurich, dans son institut Balgrist, le Pr Scherb, un grand maître qui travaille dans le silence, et qui, par ses études sur la cinétique du membre inférieur, en particulier l'automatisme de la contraction musculaire étudiée au trottoir roulant, a renouvelé l'étude des paralysies du membre inférieur et de ses corrections par les transplantations tendineuses, a montré les beaux résultats obtenus par ses méthodes thérapeutiques. Au très bel hôpital des enfants, dans un site ravissant, l'après-midi s'est écoulé à entendre d'instructives communications. Les auditeurs ont pu admirer les derniers perfectionnements de l'éclairage, ventilation, projections, présentation de malades contagieux, auscultation à distance, etc... que présentait l'amphithéâtre de la clinique médicale infantile du Pr Franconi.

A Lausanne, le Pr Pl. Nicod, après avoir montré son habileté opératoire, a fait apprécier tant à l'hôpital cantonal, qu'à l'hospice orthopédique l'excellence de ses résultats éloignés, grâce à la ténacité de la cure physiothérapique de ses malades. Puis vinrent de nombreuses et fort belles communications parmi lesquelles il faut citer celles du Pr Decker, le matin à l'hôpital, le soir dans ce site enchanteur du Signal de Chexbres qui domine l'étendue du Léman et les lointains de ses monts.

A Genève, à l'hôpital cantonal, le Dr Martin du Pan, le Pr Jentzer, et d'autres orthopédistes nous ont vivement intéressés par leurs belles présentations.

Au total, cette exploration chez nos voisins nous a donné une haute idée du niveau de leur science orthopédique.

A côté de la partie scientifique, les congressistes, dans les réceptions officielles offertes à leur hôtes par les autorités fédérales ou municipales dans ces antiques maisons de corporations comme dans les magnifiques Palaces, et aussi dans ces charmantes réunions amicales que les orthopédistes suisses leur avaient ménagées avec tant d'affabilité dans leur intimité familiale, ont pu apprécier, peut-être avec surabondance l'excellence de la cuisine Suisse et la finesse de ses vins. Car si on nous a fait, dans un charmant voyage, traverser la Suisse de Zurich à Lausanne, pour nous montrer du col de Brunig que les montagnes avaient beaucoup de neige sur leurs sommets, en arrivant au bord du Léman, nous avons constaté qu'en bas il y poussait beaucoup de vignes.

Ce n'est pas tout. A l'exposition de Zurich, traversée rapidement, les Français n'ont pas été peu surpris de trouver une section de vaste étendue remplie de canons, mitrailleuses, avions ; bref, un exposé impressionnant d'armes de guerre, fabriquées en Suisse notait expressément une pancarte. Et à l'étonnement succéda une émotion profonde lorsque dans les banquets, tant en Suisse Alémanique que Romande, nous avons entendu les représentants officiels fédéraux proclamer hautement que la Suisse est énergiquement déterminée à défendre ses libertés, et qu'elle serait toujours rangée du côté des nations qui croient à la prééminence des forces spirituelles contre celles qui pensent que la force prime le droit.

Merci à ce pays, petit par son étendue, grand par sa foi en son idéal, de nous donner ce noble exemple.

M. LANCE.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 22 MAI 1939.

Action du rayonnement radio-actif sur la multiplication et la structure des microbes. — MM. METALNIKOFF, YAKIMACH et YADOFF.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 6 JUIN 1939.

Notice. — M. L. BINET lit une notice nécrologique sur M. le professeur NICOLAS (de Paris).

Rapport. Au nom de la Commission dse eaux minérales, M. LE NOIR dépose un rapport au sujet d'un questionnaire destiné aux Municipalités en vue du classement en stations climatiques de tuberculeux et stations climatiques de villégiature.

La condition actuelle des enfants abandonnés. — M. B. WEILL-HALLÉ et Mme VIDAL étudient les dispositions légales ou administratives concernant le régime des enfants abandonnés.

Il mettent en parallèle le possibilités et les frais exposés par la Société pour éviter l'abandon et les conséquences morales ou économiques résultant de l'abandon réalisé.

Leurs conclusions les amènent à confirmer la formule de Lagneau, affirmant l'obligation sociale de soutenir largement la mère privée de ressources.

Dans le même but, ils préconisent la réduction, sinon la suppression de l'anonymat de l'abandon. l'élargissement du service social de l'assistance ante et néonatale.

D'autres mesures sont envisagées touchant l'adoption, l'état civil de abandonnés, leur maintien dans une même famille nourricière.

Goudronnage des routes et cancer. — M. André KLING, Directeur du Laboratoire Municipal, en collaboration avec le Dr. SAMSSONOW et Mme Marguerite HEROS, complète le travail que ces auteurs et lui-même ont publié précédemment, concernant l'influence que peut avoir le goudronnage des routes et chaussées sur la multiplication des cas de cancers primitifs du poumon. Grâce à une méthode de dosage, imaginée par deux d'entre eux, ils ont, ce qui n'avait pu être réalisé jusqu'ici, pu apprécier les taux de benzopyrène, carbure cancérigène, dans les goudrons de route et montrer, qu'en moyenne, ces taux sont de l'ordre de 4 à 6 pour 1.000 dans les goudrons utilisés pour les goudronnages des routes. Ils ont en outre, démontré que ce benzopyrène se fixe électivement sur les matériaux servant au chargement des routes et chaussées, dont l'usure fournit, par conséquent, des poussières, véritables véhicules de benzopyrène, qui sont transportées à des distances parfois considérables des points où elles ont pris naissance. Aussi les auteurs préconisent-ils, pour le traitement des routes, soit l'emploi de goudrons débarrassés de leurs carbures cancérigènes, ou à défaut, celui de succédanés choisis parmi les agglomérants qui n'en contiennent pas (bitumes, asphaltes, brais de pétrole...).

L'Encéphalite méningococcique. — MM. JONNESCO - SISESTI et STROESCO.

Election. — MM. BOUIN (de Strasbourg) et CASTAIGNE (de Clermont-Ferrand) sont élus associés nationaux.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 10 MAI 1939.

A propos des embolies artérielles. — M. MENNEGAUX revient sur l'interprétation histologique qui avait été donnée dans un des cas qu'il a rapporté dans la précédente séance.

Cancer du colon droit perforé en péritoine libre. Colectomie segmentaire. Guérison. — Rapport de M. MENNÉGAUX sur l'observation de MM. GUILLERME et DUPUY.

Un cas de maladie de Madelung. — MM. BOUQUIER et MACQUET. Rapport de M. FÈVRE qui insiste sur quelques points intéressants; le début apparent a été marqué par une poussée d'arthrite du poignet; il exisait dans ce cas une aplasie de tout le membre malade et une atrophie élective du scapherde. M. Fèvre discute les différentes pathogénies susceptibles d'expliquer les déformations du membre.

Une observation de dilatation temporaire du bassinet à l'occasion d'une colique néphrétique. — M. FEY a eu l'occasion d'observer plusieurs cas superposables à celui dont il rapporte l'observation. Il insiste sur les conséquences d'ordre thérapeutique que comportent de semblables faits. Ils justifient également une grande prudence sur l'appréciation des résultats des néphropexies.

Synovite du genou de type histologique granuloscauthomateuse. — M. P. MATHIEU rapporte cette observation : une jeune fille de 35 ans présente un épanchement récidivant du genou. Ponction; inoculation au cobaye négative. Lorsque la malade entre dans le service du Dr. Mathieu le genou est chaud, la synoviale est épaissie, mais il n'existe aucune lésion osseuse. La persistance de l'épanchement incite à pratiquer une résection du genou. L'examen histologique montre que la synoviale est le siège d'un processus inflammaoire au milieu duquel on distingue des éléments giganto-cellulaires et des amas lipoïdiques. Il convient de distinguer ces lésions des tumeurs à myéloplaxes de la synoviale.

M. Mathieu souligne l'intérêt clinique que comporte ces lésions et la difficulté du diagnostic avec une arthrite bacillaire. M. Mathieu souligne les dangers de la biopsie articulaire limitée qu'il ne aut utiliser vraiment que dans des cas vraiment douteux.

M. Moulouguet montre l'intérêt d'une telle observation qui simule cliniquement une tumeur blanche du genou. La biopsie de la synoviale donne des renseignements insuffisants au point de vue histologique. Il vaut mieux recourir à l'inoculation au cobaye.

M. Sorrel se montre partisan de la biopsie articulaire.

M. Moulouguet estime qu'en présence de tels cas on peut faire des synovectomies avec d'excellents résultats.

Tomographies de la colonne vertébrale. — MM. SORREL, DELAHAYE et THOYER-ROZAT. Présentation de quelques clichés.

Le fibrome diffus envahissant du grand droit de l'abdomen chez un enfant. — M. FÈVRE adjoint à sa communication deux rapports sur deux observations dues à M. Longuet et M. Grisel.

Toutes ces observations concernent des enfants de 2 à 4 ans. Dans le premier cas, il s'agissait d'une induration occupant le muscle grand droit gauche de l'abdomen, dont le bord inférieur atteignait le pubis; sur la radio de profil, une ombre occupait le muscle grand droit. A l'intervention on a pu ménager le feuillet postérieur de la gaine du droit. Dix séances de radiothérapie. Trois ans après, l'enfant reste guérie avec une paroi abdominale solide.

Dans le deuxième cas, la tumeur était ovalaire à cheval sur l'ombilic. Exerèse partielle du péritoine qui adhérait; guérison.

Les recherches bibliographiques faites par M. Fèvre lui ont permis de retrouver quelques cas similaires (Observations de Mezard, de M. Bertrand).

Dans le cas de M. Longuet, il s'agissait d'un fibrome diffus nécessitant pour refaire la paroi une myoplastie du muscle grand oblique. Bon résultat.

L'observation de M. Grisel concerne une tumeur formée de deux segments, l'un était occupé par un fibrome, l'autre par un embryome. Guérison persistant après 12 ans.

Cette dernière observaion est fort intéressante au point de vue pahogénique; elle permet d'affirmer que les fibromes se développent au dépens d'inclusions embryonnaires.

A propos de la sérothérapie curative du tétanos. — M. ROUHIER a eu l'occasion de traiter récemment 3 cas de tétanos par du sérum purifié dit curatif, alors que pendant la gurree le sérum préventif lui avait donné 5 guérisons.

M. L. Bazy estime qu'on ne saurait distinguer entre sérum préventif et sérum curatif. Tous deux ont la même valeur curative. Ce qui peut différer c'est la virulence du germe en cause e c'est sans doute ce qui explique les échecs observés par M. Rouhier.

SÉANCE DU 17 MAI 1939.

Empalement recto-vésical. Cystostomie Mickulicz. Guérison. — Rapport de M. L. MICHON sur cette observation due à M. MOREL. L'auteur insiste sur l'intérêt de la cystostomie, qu'il est indispensable de faire, discute sur l'opportunité d'une dérivation des matières qu'il n'a pas jugé utile dans ce cas. Mais une telle façon de faire ne saurait être érigée en règle absolue.

Sarcome du fémur à type ostéoïde traité par la radiothérapie. Amélioration plus de 3 ans. — Observation de

M. ROUSSET, rapportée par M. MOULOUGUET; une biopsie faite a permis d'établir la nature histologique d'une façon indéniable ; les tumeurs de nature ostéogénétique sont en effet peu radiosensibles.

M. Moulouguet rappelle les résultats apportés dans la thèse de Leclerc et se range à l'opinion de la plupart des auteurs, qui est peu favorable à ce mode de traitement; l'amputation assure, semble-t-il, des guérisons à plus longue échéance. M. Moulonguet revient sur la question de la biopsie et il estime que celle-ci n'est pas dangereuse et n'a pas d'influence sur les résultats éloignés.

Les fistules dérivatives de l'intestin grêle sont-elles cachectisantes ? — Rapport de M. ALGLAVE sur le travail de M. NECULAI DAVID (Jassy), qui n'a trait qu'aux fistules totales du grêle. Il est basé tout d'abord sur trois observations cliniques : toutes trois ont donné lieu à des accidents cachectisants graves qui ont obligé à opérer rapidement; deux malades ont guéri; le troisième est mort.

Expérimentalement, M. Neculai David a fait sur le chien des constatations qui confirment en tout point les données classiques; la gravité des fistules est en rapport avec leur situation sur le grêle.

M. Alglave fait un long historique des différentes opinions émises à ce sujet devant l'Académie depuis une vingtaine d'années. Il rappelle en particulier les observations personnelles qu'il a observées.

M. Picot insiste sur la nécessité de distinguer iléostomie et fistule totale; l'iléostomie faite correctement se ferme presque toujours spontanément sans déterminer les accidents signalés par M. Alglave.

M. Lardeunois rappelle que certains chirurgiens américains traitent avec succès les colites ulcéro-hémorragiques, par l'iléostomie terminale totale.

M. Quenu a observé dans deux cas d'iléostomie la formation d'anus total et la mort.

M. Brocq se demande si l'entero-amastomose au bouton n'est pas supérieure à l'iléostomie.

M. Cadenat utilise volontiers pour faciliter la fermeture des fistules, la mise en place dans l'anse intestinale, d'un drain en T autour duquel la fistule se referme peu à peu.

M. Duval s'efforce de répondre à la question posée par le travail l'objet du rapport; la gravité d'une fistule du grêle dépend uniquement de sa hauteur et de l'importance de la dérivation partielle ou totale qu'elle assure.

Présentation d'un malade opéré d'un ménisque discoïde. — M. BRAINE.

Pallas. — Sommaire du n° 18, 15 avril 1939. *Peints par eux-mêmes :* le docteur Thierry de Martel, par le Dr J.-Ch. Denet. — *Voitures de médecins,* par F. le Sourd. — *Epilogues :* la noblesse des patois, par J. Crinon. — *La vie médicale en Angleterre,* par M. Condurier de Chassagne. — *Les grandes exodes,* par M. Léon Abensour. — *Le salon des médecins,* par Eleuthère. — *Leurs passe-temps,* par M. Marcel Baudouin. — Photographies d'art : Fleurs, par Simone Favre. Le n° 15 fr. — 111, boulevard Magenta, Paris Xe.

Bibliographie. — *La deuxième édition* des actes du premier congrès international de médecine néo-hippocratique vient de paraître.

Prix de librairie : 70 frs. Prix pour les adhérents à la Société de médecine néo-hippocratique : 50 frs.

Prière d'adresser le montant de la commande augmenté des frais de port et d'emballage (5 frs pour la France et les Colonies Françaises, 10 frs français pour l'étranger) à : Congrès international de médecine néo-hippocratique, 7, rue du Texel, Paris 14. Comptes chèques postaux, Paris 2106-91.

LIVRES NOUVEAUX

Les diagnostics biologiques, par Noël FIESSINGER, médecin de l'Hôpital Necker, professeur à la Faculté de Médecine ; Henri-René OLIVIER, ancien interne en médecine, ancien chef de laboratoire à la Faculté de Médecine et Maurice HERBAIN, ex-interne en Pharmacie des Hôpitaux, assistant à la Faculté de Médecine. Préface du Professeur Albert ROBIN. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine (Prix Desportes 1930) et par l'Académie des Sciences (mention honorable 1930. 4e édition entièrement revue et augmentée. — Un volume format 15×22 cm., 768 pages, 152 figues, 11 planches en couleurs. Prix : 195 fr. Maloine, édit., Paris.

Les diagnostics biologiques se trouvent déjà dans les laboratoires du monde entier. Leur exposé simple dans le cadre schématique de : ce qu'il faut, ce qu'il faut faire, ce qu'il faut voir, ce qu'il faut dire, la minutie des descriptions techniques, la prudence des conclusions cliniques ont déjà assuré le succès des trois éditions précédentes. La nouvelle édition que les auteurs viennent de mettre au courant s'est considérablement agrandie. Le laboratoire et la technique en médecine contemporaine prennent une importance de plus en plus débordante. Il a fallu refaire l'installation du laboratoire, faire une étude du matériel d'analyse, balances, colorimètres à cellules photoélectriques, refractomètres et photomètres.

En bactériologie, sont analysés les nouveaux milieux de cultures, en particulier pour le bacille tuberculeux, les nouvelles techniques de sérologie pour le diagnostic de la syphilis, le diagnostic du Kala-azar, les cuti, intradermo-réactions, préparation des vaccins.

L'hématologie se modernise par une révision technique et par l'analyse des sédimentations globulaires, des groupes sanguins, par une étude technique des myélogrammes, splénogrammes et adénogrammes.

Les explorations fonctionnelles de l'estomac se complètent par une précision des analyses de suc gastrique, par la recherche de l'acide lactique ;
de l'intestin par le dosage des acides organiques et de l'ammoniaque.

L'exploration de la fonction respiratoire réserve un chapitre important au dosage de l'oxygène et de CO^2 du sang avec tous les perfectionnements modernes.

L'exploration des fonctions de nutrition développe les techniques de métabolisme de base, de l'étude de la réserve alcaline et du pH sanguin, et complète les dosages de l'acidose cétonique et des glycémies.

Dans les métabolismes partiels, les dosages d'uricémie sont revus, de même pour les esters du cholesterol, et sont complétés le dosage du fer du sang, de l'oxalémie et de l'oxalurie, de la phosphorémie, de la calcémie, de la glutathionémie et de la lactacidémie.

L'exploration fonctionnelle du foie est mise au courant des recherches les plus récentes sur la bilirubinémie, la cholalémie, la polypeptidémie, les concentrations galactosuriques fractionnées, la fibrinémie, la réaction de Takata-Ara et la cholécystographie.

L'exploration des reins se complète par l'étude de la méthode des dilutions-concentrations et de la méthode de Rehberg, de la natrurie, de la presssion osmotique des protides.

Les fonctions de production sont mises au courant des recherches les plus récentes sur les hormones gonadotropes et sur la folliculino-sécrétion.

Une table des constantes organiques, des poids atomiques, et un chapitre des réactifs et solutions titrées terminent le volume.

C'est dire combien cette nouvelle édition des diagnostics biologiques s'inspire des recherches les plus récentes. Elle met au point les technique, éloigne les inutilités et supprime les erreurs.

Par ses chapitres techniques, elle intéresse le praticien de laboratoire et le chercheur biologique ; par ses applications diagnostiques elle reste éminemment utile au médecin quel qu'il soit, savant ou praticien, spécialisé ou généralisé. Ce livre pose le jalon de la médecine biologique contemporaine.

Accidents du travail, accidents de droit commun, invalidités de guerre, maladies professionnelles. — Guide pour l'évaluation des incapacités par Léon IMBERT, professeur honoraire et ancien doyen de la Faculté de Médecine de Marseille. — Troisième édition, avec la collaboration du Dr Jean Sedan. — Un volume de 244 pages, avec 84 figures : 80 fr. Masson, édit., Paris.

Ce manuel étant épuisé depuis plusieurs années et toujours demandé par les médecins, il reparaît en troisième édition, transformé en tel point que l'auteur a pu écrire dans sa préface que cette édition ne renferme pas une seule ligne de la précédente.

Le titre même de l'ouvrage a été modifié par l'addition de trois sous-titres importants : Accidents de droit commun ; Invalidités de guerre ; Maladies professionnelles, qui en expliquent l'évolution, conforme d'ailleurs au développement de la législation du travail et de la législation sociale.

***

Les législations successives ne sont pas les seules responsables de cette évolution, et les progrès de la chirurgie ont agi dans le même sens. A une époque encore récente, les traités de pathologie externe ne s'intéressaient guère qu'aux lésions traumatiques dont les manifestations cliniques étaient immédiatement évidentes : fractures, luxations, entorses, plaies ; le reste était négligé. Mais la chirurgie moderne a bien montré que l'organisme animal est comme une cloche, qui résonne tout entière pour un choc, même léger et limité. On sait maintenant qu'une contusion, une commotion, un ébranlement, peuvent avoir des conséquences graves et quelquefois lointaines ; on sait aussi que les cicatrices d'organes ne stabilisent pas toujours le déficit organique ; elles peuvent être à l'origine d'une évolution morbide continue et progressive ; il en est ainsi, non seulement pour le cerveau, mais aussi pour le cœur, le foie, le rein, etc.

***

En toutes ces circonstances, la Société moderne cherche de plus en plus à protéger les victimes, et, quand le mal est définitif, à leur donner une compensation : la seule que les hommes aient jamais imaginée est une indemnité pécuniaire ; le taux en varie suivant certaines conditions, dont la plus valable est la gravité de la blessure et de ses suites. Dès lors, le droit est obligé de faire appel à la médecine ; celle-ci n'intervient plus seulement pour soigner, mais pour évaluer l'importance de l'infirmité restante : notion indispensable à la solution de toute affaire, et que seule la médecine peut fournir.

Les rhumatismes, maladies sociales, par R.-J. WEISSENBACH, médecin de l'Hôpital St-Louis, conseiller technique sanitaire du ministère de la Santé Publique et E. FRANÇON, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'Hospice Thermal Reine-Hortense d'Aix-les-Bains. Auditeur au conseil supérieur d'Hygiène Sociale. — Un vol. in-8° 206 de pages : 55 fr. G. Doin, édit., Paris.

Les premiers en France, Weissenbach et Françon ont, dans diverses publications, attiré l'attention sur l'importance du problème social posé par les rhumatismes, du fait de leur fréquence, des invalidités graves qu'ils provoquent et des dépenses considérables qu'ils entraînent pour les individus et les collectivités. Le livre que publient aujourd'hui Weissenbach et Françon est une étude complète de la question envisagée sous tous ses aspects, du point de vue médico-social. Aucun ouvrage analogue n'a encore vu le jour en France ni à l'étranger.

Ce livre s'adresse avant tout aux médecins praticiens qui restent les agents essentiels de la lutte anti-rhumatismale et doivent se tenir au courant de toutes ses modalités dans la pratique. Il réalise, pour eux, un véritable *Précis de Rhumatologie*. Les auteurs ont, en effet, consacré de nombreuses pages aux problèmes d'étiopathogénie et de discrimination clinique, car il importe de bien différencier les multiples formes de rhumatismes (maladie de Bouillaud ; rhumatismes aigus, subaigus, chroniques ; rhumatismes abarticulaires ; etc.) si on veut opposer à chacune d'elles une prophylaxie et une thérapeutique appropriées et, par conséquent, efficaces. Directives prophylactiques et thérapeutiques y sont clairement exposées dans une étude riche d'idées générales.

Ce livre s'adresse encore aux médecins s'intéressant plus spécialement aux questions de médecine collective (médecins d'usines ou de collectivités diverses, médecins inspecteurs d'hygiène, médecins inspecteurs et contrôleurs des assurances sociales, etc.) par l'importante documentation statistique et toutes les précisions concernant l'armement antirhumatismal qu'il contient.

Troisième voyage en République Dominicaine par le professeur G. MARION, Paris, Masson et Cie, 1939.

Un opuscule de quelques pages mais des mieux remplies et des mieux illustrées relate un voyage où la modestie de l'auteur — « le bien ne fait pas de bruit » — voile de son mieux quelle place très honorifique pour lui et pour son pays, il lui a été demandé de tenir : l'inauguration d'un magnifique hôpital que l'amitié dominicaine n'a cru pouvoir mieux faire que de nommer d'un nom très cher à la médecine française, donne au lecteur l'occasion de faire connaissance d'un admirable pays déjà cher à nos aïeux. La paix intérieure y porte ses fruits et la prospérité y fait naître des œuvres admirables qui en présagent sans doute de plus belles encore. L'intelligence latine y reconnaît des traits qui lui sont familiers et la France ne peut qu'être fière de voir chez une nation amie, la ressemblance transparaître sous les traits de la personnalité dominicaine.

L. BABONNEIX.

Le soja et les industries du soja, produit alimentaires, huile de soja, lécithine végétale, caséine végétale par A. MATAGRIN. — Un volume in-8 (18-14) de X-390 pages, avec 46 figures ; 1939, 60 fr.

CONGRÈS

La XLIIIe Session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française se tiendra à Montpellier du 21 au 26 septembre 1939.

Président : M. le professeur H. Roger, de Marseille. *Vice-président :* M. le professeur A. Porot, d'Alger. *Secrétaire général :* M. le professeur P. Combemale, médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Bailleul. *Secrétaire annuel :* M. le docteur Hugues, de Font-d'Aurelle, près Montpellier. *Trésorier :* M. le docteur Vignaud, de Paris.

Questions à l'ordre du jour :

Psychiatrie : *Les anorexies mentales*, par M. Alb. Crémieux (de Marseille).

Neurologie : *Les problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens*, par M. Paul Schmite (in memoriam) et M. Jean Sigwald, de Paris.

Médecine légale psychiatrique : *Des conditions de sortie des aliénés délinquants ou criminels*, par M. Pierre Léculier.

N. B. — Les inscriptions sont reçues par le docteur Vignaud, *trésorier*, 4, avenue d'Orléans, Paris 14e, c.-c. postal, Paris, 456.30. Le prix de la cotisation à la session est de 100 francs *(membres adhérents)*. Les membres inscrits avant le 10 août 1939 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

STATISTIQUES UNIVERSITAIRES

Statistique des diplômes d'État de docteur en médecine. — Le nombre des diplômes d'État de docteur en médecine délivrés par les facultés françaises pendant les onze dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 : 901.
1928-1929 : 965, soit 64 en plus.
1929-1930 : 1.052, soit 87 en plus.
1930-1931 : 1.120, soit 68 en plus.
1931-1932 : 1.123, soit 3 en plus.
1932-1933 : 1.293, soit 170 en plus.
1933-1934 : 1.464, soit 171 en plus.
1934-1935 : 1.579, soit 115 en plus
1935-1936 : 1.495, *soit* 84 *en moins.*
1936-1937 : 1.545, soit 50 en plus.
1937-1938 : 1.393, *soit* 152 *en moins.*

Statistique des diplômes d'Université (mention Médecine). — Le nombre des diplômes d'Université (mention Médecine) délivrés par les Facultés françaises pendant les onze dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 : 96.
1928-1929 : 104, soit 8 en plus.
1929-1930 : 120, soit 16 en plus.
1930-1931 : 132, soit 12 en plus.
1931-1932 : 176, soit 44 en plus.
1932-1933 : 170, *soit* 6 *en moins.*
1933-1934 : 191, soit 21 en plus.
1934-1935 : 240, soit 49 en plus.
1935-1936 : 262, soit 22 en plus.
1936-1937 : 300, soit 38 en plus.
1937-1938 : 256, *soit* 44 *en moins.*

Les diplômes d'Université. Statistique générale. — Les diplômes d'Université (mention Médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis quarante ans (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 3.865 répartis comme suit :

Alger : 12 ; Bordeaux : 182 ; Lille : 14 ; Lyon : 489 ; Marseille : 9 ; Montpellier : 576 ; Nancy : 225 ; Paris : 2.021 ; Strasbourg : 177 ; Toulouse : 160.

223 titulaires de diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'État.

Diplômes de docteur en médecine de l'année scolaire 1937-1938. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année scolaire 1937-1938 est de 1.649, soit 196 de moins que l'année précédente. Il se décompose comme suit :

Facultés.	Diplômes d'État.	Diplômes d'Université (mention Médecine).	Total.
Alger	28	»	28
Beyrouth	27 *(a)*	»	27
Bordeaux	95 *(b)*	10	105
Hanoï	19	»	19
Lille	54	2	56
Lyon	167	44	211
Marseille	50	2	52
Montpellier	88 *(c)*	21	109
Nancy	50	22	72
Paris	709 *(d)*	129	839
Strasbourg	28	21	49
Toulouse	78	5	83
	1.393	256	1.649

(a) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(b) Dont 1 avec dispense de la thèse : M. Kleinberg, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(c) Dont 1 avec dispense de la thèse : Mlle Gack, antérieurement titulaire d'un diplôme d'Université.

(d) Dont 4 avec dispense de la thèse : MM. Bekian, Fuhrman, Greissler et Tuchwerger, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

Total des thèses : 1.616 (État : 1.360 ; Université : 256).

(D'après le docteur Ch. Darras, in *Vie médicale.)*

PRATIQUE MÉDICALE

A PROPOS DE L'ADONIS VERNALIS DU CHOIX DE LA PRÉPARATION DÉPENDENT LES RÉSULTATS

par le docteur Poulin (1)

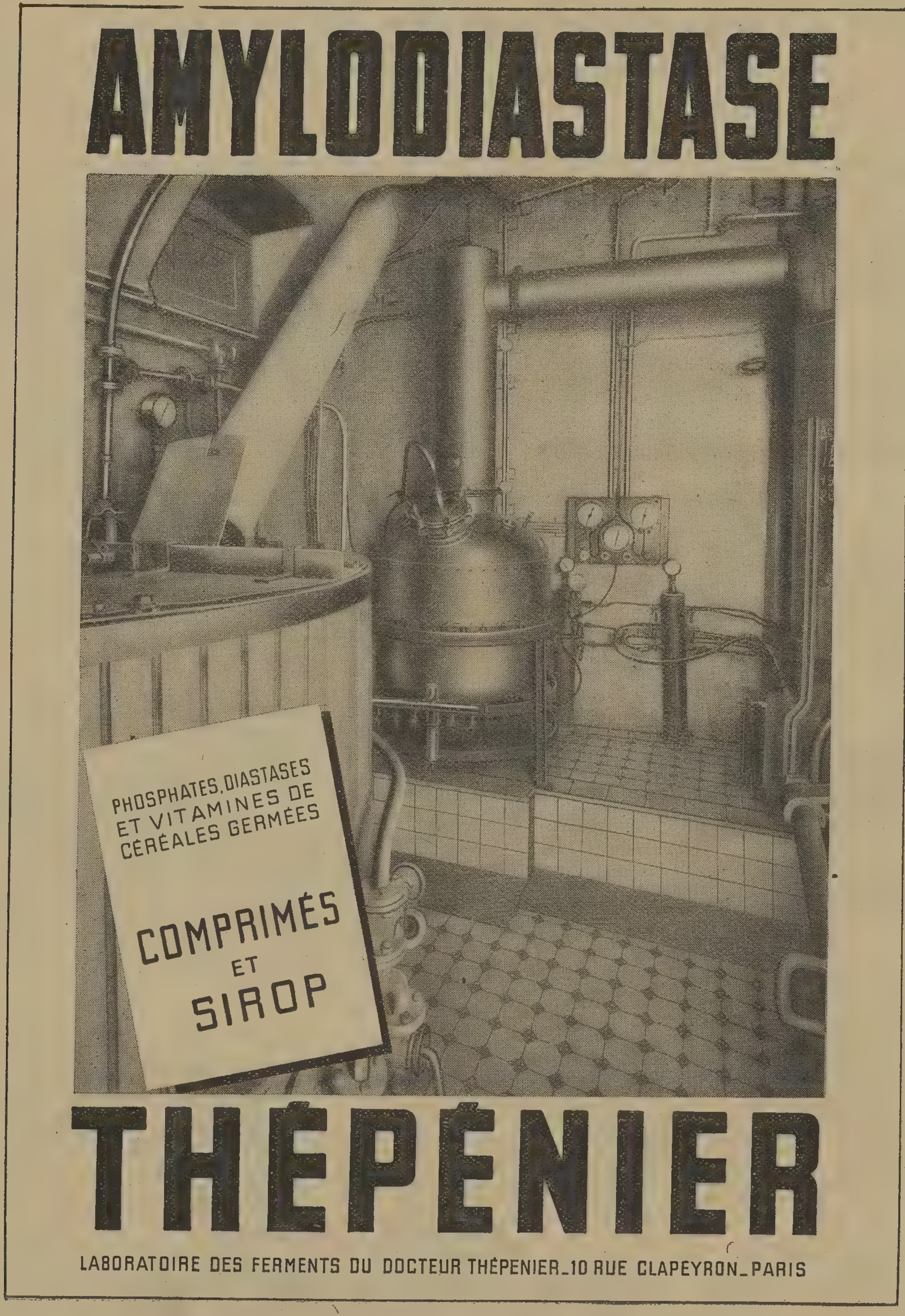
On prescrit l'adoverne (tous les glucosides de l'adonis vernalis) avec la plus grande chance de succès toutes les fois que la digitale n'agit plus, ce qui arrive plus souvent qu'on ne pense. Mais c'est du ralentissement peu brutal et du repos diastolique qu'il provoque que l'adoverne tire des indications majeures. De même dans les cardiopathies mitrales, dans les insuffisances ventriculaires gauches, l'adoverne est tout particulièrement indiqué (Lutembacher). D'autre part il ne faut pas oublier qu'il est eupnéique et diurétique et que, dans la plupart des cas, on peut l'utiliser sans aucun danger même chez les enfants.

L'adoverne qui se présente sous trois formes : gouttes, granules et suppositoires se montre toujours un médicament fidèle remplaçant, continuant ou suppléant l'action de la digitale.

(1) *Concours médical*, Paris, n° 19, mai, 1938.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.


AMYLODIASTASE
PHOSPHATES, DIASTASES
ET VITAMINES DE
CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
ET
SIROP
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPENIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 47. — MERCREDI 14 JUIN 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des Hôpitaux *met à la disposition de MM. les étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 *juin.*

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Intérêt de la leucocytose sanguine en gynécologie, par MM. P. DECOULX et P. BASTIEN.

Action d'un nouvel extrait hépato-gastro-pylorique sur les globules rouges du sang circulant, par M. A. GERVAIS.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Diagnostic des abcès de la fosse iliaque, par J. REINIER.

INFORMATIONS

Facultés de médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. *Section de chirurgie générale. Leçon d'une heure.* — Séance du 6 juin :

M. Luccioni (Aix) : « Les diverticules de l'œsophage ».

M. Laumonier (Bordeaux) : « Les myosites aiguës ».

M. Peycelon (Lyon) : « Luxations pathologiques non tuberculeuses de la hanche ».

Séance du 6 juin :

M. Virenque (Toulouse) : « Occlusions intestinales compliquant l'appendicite avant ou après l'opération ».

M. Curtillet (Alger) : « Les embolies gazeuses ».

M. Truc (Montpellier) : « Plaies du nerf cubital ».

1re Séance du 7 juin :

M. Patel (Paris) : « Complications chirurgicales aiguës et subaiguës des diverticules du colon pelvien ».

M. Mouchet (Paris) : « Les dégénérescences des fibromes utérins ».

M. Labry (Lyon) : « Le choc traumatique ».

2e Séance du 7 juin :

M. Desjacques (Lyon) : « Causes et traitement de l'ankylose du genou ».

M. Verrière (Lyon) : « Les accidents acquis dans le diverticule de Meckel ».

M. Fèvre (Paris) : « Les tumeurs métastatiques du squelette ».

Leçon d'une heure. — Séance du 8 juin :

M. Magendie (Bordeaux) : « Les tumeurs malignes du testicule ».

M. Addle (Etranger) : « Trombo-phlébite du membre supérieur dite « par effort ».

M. Merle d'Aubigné (Paris) : « Les invaginations intestinales aiguës et subaiguës ».

1re Séance du 9 juin :

M. Mallet-Guy (Lyon) : « Les indications opératoires dans l'avortement compliqué ».

M. Villar (Bordeaux) : « Les gangrènes gazeuses ».

M. Chavannaz (Bordeaux) : « Les ostéites fibreuses ».

2e Séance du 9 juin :

M. Padovani (Paris) : « Les mycoses osseuses ».

M. Couvelaire (Paris) : « Consolidation des fractures des os longs. Formation et évolution du cal ».

M. Escarras (Aix) : « Les greffes osseuses ».

Section de chimie et physique médicales : Sont proposés : Chimie : MM. Boulanger, Monnier, Ettori, Jayle, Vincent. Physique : MM. Swyngedauw, Desgrez, Auriac, Dubost, Piffault.

Section de médecine générale. — Leçon d'une heure. — Séance du 9 juin :

M. Bert (Montpellier) : « Les purpuras ».
M. Garcin (Paris) : « Accidents de la collapsothérapie ».
M. Raybaud (Aix) : « Le pneumotorax spontané ».

Section d'obstétrique. — Sont proposés : MM. Sureau et Digonnet (Paris), Chosson (Aix), Jahier (Alger), Mahon (Bordeaux), Bédrines (Lille), Bansillon (Lyon), Caderas de Kerleau (Montpellier), Hartmann (Nancy).

Section d'histoire naturelle pharmaceutique. Jury : M. Sartory, MM. Sévenet, Gabriel, Manceau, Goris. *Leçon de 3/4 d'heure :*

M. Girard (Bordeaux) : « Les crucifères ».

Leçon d'une heure :

M. Girard (Bordeaux) : « L'amidon ».
Est proposé : M. Girard.

Section de chimie générale pharmaceutique et toxicologie. Jury : Président : M. Goris, MM. Seulier, Chelle, Brustier, Mousseron.

Leçon de 3/4 d'heure :

M. Castagnou (Bordeaux) : « Oxyde de carbone » (chimie, toxicologie).
M. Arnoux (Aix) : « Toxicologie du mercure ».

Leçon d'une heure :

M. Caujolle (Toulouse) : « Eau oxygénée-peroxydes-persels ».
M. Arnoux (Aix) : « Le magnésium en chimie organique ».
M. Castagnou (Bordeaux) : « Naphtalène et dérivés ».
Sont proposés : MM. Caujolle, Castagnou, Arnoux.

Section de pharmacie. — Président : M. Goris, MM. Leulier, Chelle, Broustier, Mousseron.

Leçon de 3/4 d'heure :

M. Granger (Montpellier) : « Préparations et essais des médicaments à base de caféine »
M. Vanhems (Bordeaux) : « Préparations galéniques à base d'essences sulfurées ».
M. Tayeau (Bordeaux) : « Le chlorure de sodium en pharmacie galénique ».
M. Delphaut (Aix) : « Préparations galéniques de mercure ».
M. Balatre (Lille) : « Préparations galéniques des drogues à glucosides oxyanthratinoniques ».

Leçon d'une heure :

M. Granger (Montpellier) : « Sucs aqueux acides ».
M. Delphaut (Aix) : « Hétérosides cardio-toniques ».
M. Blatre (Lille) : « Les huiles de poisson ».
M. Mesnard (Bordeaux) : « Hormones sexuelles ».
Sont proposés : MM. Mesnard, Delphaut, Balatre, Granger.

Liste d'aptitude aux fonctions de chef de travaux des facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie. — Mlle Achard, MM. Bizard, Broussy, Busser, Baïsset, Castagné, Cazaux, Cahen, Couture, Dumazert, Delphaut, Dombray, Fabiani, Franck, Girard, Grynfeltt, Grangaud, Klein, Kofman, Liard, Mlle Mathou, MM. Mesnard, Moureau, Morlot, Mallet-Guy, Mandoul, Policard, Sagols, Tempère, Valdiguié.

MM. les professeurs Couvelaire (Paris) et Nicloux (Strasbourg) sont promus à la classe exceptionnelle à compter du 1er octobre 1939.

Faculté de médecine d'Alger. — Le titre de professeur honoraire à la faculté de médecine et de pharmacie de l'université d'Alger est conféré à M. Courrier, ancien professeur à cette faculté.

Légion d'honneur. — GUERRE (active) *officier.* M. le médecin lieutenant-colonel Stevenel, des troupes coloniales.

L'Exposition de la sécurité aura lieu du 15 au 25 juin à la Gare des Invalides. La section la plus importante de l'Exposition concerne l'incendie et la défense passive.

Cette exposition sera une des manifestations les plus importantes de la *semaine de la sécurité.*

NECROLOGIE

— Le médecin général Merlat, du cadre de réserve.
— Le docteur Mayoux, maire du 18e arrondissement à Paris.
— Le médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales, Charles Cachin.
— Le docteur Marcel Pinard, médecin de l'hôpital Cochin, décédé subitement le 16 mai à Paris, à l'âge de 58 ans.
— Le docteur J.-B. Calbet, à Chatou.
— Le docteur de Longibaudière, premier adjoint au maire de Saïgon.
— Le docteur Daniel N. Eisendrath, ancien professeur à l'université de Chicago, urologue consultant de l'hôpital américain de Paris.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE L'HOPITAL SAINT-SAUVEUR A LILLE
(Professeur LAMBRET).

INTÉRÊT DE LA LEUCOCYTOSE SANGUINE EN GYNÉCOLOGIE

par MM. P. DECOULX et P. BASTIEN

Malgré toute leur valeur dans le diagnostic et l'indication opératoire en gynécologie, les variations de la température constituent parfois un test infidèle, et il est fréquent de se trouver en présence des circonstances suivantes :

On peut constater au cours d'affections théoriquement apyrétiques telles que l'hématocèle rétro-utérine ou la tuberculose pelvienne, un petit train thermique qui déroute le diagnostic.

Il arrive souvent aussi que, dans une annexite ou un pyosalpinx, l'indication opératoire étant posée après 8 ou 10 jours d'apyrexie complète, on trouve, à l'intervention, les lésions inflammatoires encore évolutives, « mal refroidies », et l'on regrette de n'avoir pas prolongé de quelques jours le traitement préopératoire.

Nous avons cherché si l'examen de l'hyperleucocytose sanguine était capable de fournir, dans ces domaines, des précisions plus grandes et des bases plus solides (1).

Nous envisagerons seulement, le chiffre global des globules blancs, en excluant d'autres méthodes qui ne sont pas sans intérêt : Le formule leucocytaire, les altérations morphologiques des leucocytes, et surtout l'épreuve de sédimentation globulaire, qui a fait l'objet de nombreux travaux et présente un intérêt indéniable dans l'évolution des affections annexielles.

Harkins ne disait-il pas dans un article récent que 27 recherches différentes pouvaient être pratiquées sur le sang pour le diagnostic des infections ?

Nous nous sommes contenté de l'évaluation de l'hyperleucocytose, chez deux catégories de malades :

1° Toutes les fois qu'une affection utéro-annexielle n'était pas de diagnostic clinique facile.

2° Toutes les fois qu'une suppuration pelvienne posait une indication opératoire retardée, en cherchant à fixer, grâce à la leucocytose, le moment optimum de l'intervention.

(1) Les observations détaillées et les références bibliographiques sont contenues dans la thèse d'Olivier (Thèse, Lille, 1939).

INTERET DE LA LEUCYTOSE SANGUINE POUR LE DIAGNOSTIC GYNECOLOGIQUE

Il semblerait logique de penser que toutes les affections constituées par une inflammation banale des organes pelviens doivent s'accompagner de leucocytose, et que toutes les autres n'en présentant pas.

Les choses ne sont pas aussi simples : une leucocytose élevée n'est pas toujours le fait d'une affection inflammatoire.

I. — TUMEURS BÉNIGNES. — Elles constituent le genre d'affection où l'examen du sang est peut-être le plus utile, car le chiffre des leucocytes y reste en général normal.

Il n'est pas question de s'aider de la numération des globules blancs pour faire le diagnostic d'un fibrome banal ou d'un kyste de l'ovaire, mais en quelques cas cette recherche nous a paru intéressante.

1er *Cas. — Fibrome pédiculé simulant une annexite.* — Lorsque la tumeur utérine est sous péritonéale, latéro-utérine, elle peut prêter à erreur avec une collection suppurée d'origine annexielle, comme un pyo-salpinx, et le diagnostic est indispensable pour la décision opératoire.

2e *Cas. — Petite tumeur annexielle simulant une annexite.* — Un kyste de l'ovaire peu volumineux, un kyste du ligament large, un hydrosalpinx (qu'on peut considérer cliniquement comme une tumeur bénigne, non inflammatoire) peuvent simuler une annexite, pour peu qu'ils soient sensibles et que l'état subfébrile prête à erreur.

Dans les deux cas, la numération globulaire peut aider au diagnostic entre une tumeur bénigne ou kystique et une masse inflammatoire, mais deux restrictions doivent être formulées à ce sujet.

1° Tout ce que peut indiquer la leucocytose, c'est qu'il ne s'agit pas d'une masse inflammatoire en évolution, mais elle ne peut aucunement orienter le diagnostic entre l'annexite refroidie d'une part et la fibrome, le kyste de l'ovaire, l'hydrosalpinx d'autre part.

2° Les fibromes ou les tumeurs ovariennes s'accompagnant de fortes métrorragies peuvent présenter une leucocytose élevée : nous verrons que c'est le cas de toutes les hémorragies abondantes.

3° On sait la fréquence des lésions inflammatoires de la trompe et des annexes coexistant avec le fibrome utérin, et il est classique d'insister sur leur latence habituelle.

Alors, la leucocytose serait élevée, et cette constatation serait utile pour permettre le diagnostic de pyosalpinx surajouté au fibrome. Cotte recommande cette précaution : « Dans les fibromes, l'élévation du taux des globules blancs indique la coexistence de lésions inflammatoires, que celles-ci aient pour point de départ la cavité utérine, les annexes, ou le système veineux ».

4° Les complications des tumeurs bénignes, peuvent aussi modifier le chiffre des leucocytes, même en l'absence de toute infection.

Il en est ainsi par exemple des kystes tordus de l'ovaire où la leucocytose peut être élevée et pourrait égarer le diagnostic (19.000 dans une de nos observations).

II. — TUMEURS MALIGNES. — Les infections secondaires de ces cancers ulcérés sont presque la règle ; le chiffre des leucocytes sera donc souvent élevé au cours de ces affections. Yates, sur plusieurs centaines de cas de cancer du col trouve une leucocytose moyenne à 10.500. La numération globulaire sera souvent utile pour poser les indications du traitement curiethérapique et pour régler les soins préopératoires à ce traitement. Mais ce point particulier, souvent utilisé, en pratique, sort de notre sujet.

Un cas plus intéressant est celui d'une tumeur ovarienne, tumeur végétante par exemple, infiltrant le pelvis en « coulée de lave » dont le diagnostic avec une pelvi-péritonite peut être hésitant.

Dans trois cas de ce genre, les chiffres de 5.600, 4.000 et 5.400 coexistaient avec empâtement diffus et douloureux, et une température élevée.

Il ne faut pourtant pas s'attendre à trouver un chiffre de globules blancs normal dans toutes les tumeurs malignes.

L'hyperleucocytose du cancer est bien connue et Auvray, en 1931, y faisait allusion dans les termes suivants : « tout cancer quel que soit sa localisation peut provoquer une formule sanguine de leucocytose banale ». Il cite un cancer du foie où le chiffre s'élevait à 12.000 ».

Il y a déjà bien longtemps que Bender, en 1903, a étudié la formule leucocytaire dans les kystes de l'ovaire. Il montrait que la malignité de certains kystes devait être soupçonnée lorsque à une leucocytose marquée s'ajoutait une diminution des globules rouges. Cette conclusion est à retenir et Desmarest a pu en vérifier l'exactitude.

Les métrorragies, ici encore, viennent également fausser les résultats en amenant à elles seules l'hyperleucocytose.

Au sujet des tumeurs malignes, on peut donc conclure de la façon suivante :

S'il existe un empâtement pelvien diffus :

Un chiffre élevé est sans valeur, car il peut exister aussi bien dans les infections que dans les tumeurs malignes.

Un chiffre normal, même s'il existe des douleurs et de la température, permet d'affirmer qu'il n'existe aucune inflammation évolutive et peut donc être *très utile au diagnostic*.

III. — HÉMORRAGIES INTRAPÉRITONÉALES. — En ne considérant que celles de la grossesse ectopique, elles doivent être scindées en deux catégories très différentes.

1° *Inondation péritonéale aiguë*. — Dans la grande hémorragie interne par rupture de grossesse extra-utérine, ou par avortement tubaire, on note avec une constance remarquable un chiffre très élevé de la leucocytose. Nous avons pu constater ce fait à plusieurs reprises.

Cette hyperleucocytose des grandes hémorragies a fait l'objet de nombreuses recherches (Depage, Gowaerts, de Quervain). Dès 1910, Caliri pouvait dire : « Dans les cas de grossesse extra-utérine compliquée d'hémorragies récentes, on trouve une hyperleucocytose qui peut être considérable mais toujours transitoire ».

Farrar, en 1925, se basant sur 150 cas, arrive aux conclusions suivantes :

« L'hyperleucocytose est un indice de saignement dans le péritoine, et croît avec l'abondance de cette hémorragie, jusqu'au moment de l'opération. Elle est un signe plus précoce que la baisse des hématies ou de l'hémoglobine. Elle est très variable et doit souvent être mesurée d'heure en heure pour avoir une valeur absolue ».

Grier, tout récemment, trouve dans 77 % des cas de grossesse extra-utérine un chiffre de globules blancs supérieur à 10.000. De Cressonnières, en 1928, y insiste également : il n'a jamais trouvé de chiffre inférieur à 22.500, et dans certains cas ce chiffre s'est élevé à 41.000.

Mondor (1939), retrouve cette hyperleucocytose dans les hémopéritoines d'origine hépatique ou splénique : « sur 25 observations où les leucocytes ont été comptés, leur chiffre est 23 fois supérieur à 10.500 ».

Cette élévation est beaucoup plus précoce et plus rapide que la baisse des hématies. Une telle rapidité d'accroissement n'existe que dans les hémorragies. Elle ne peut éveiller l'idée d'infection, en raison de l'absence de température : une infection suffisante pour amener une leucocytose à 20.000 ne pourrait être apyrétique.

« Nous pensons donc, dit de Cressonnières, qu'une hyperleucocytose considérable, rapide et sans température doit nous amener à faire le diagnostic d'hémorragie. Nous avons trouvé dans ce symptôme une aide très précieuse, car il nous a permis très souvent d'affirmer l'hémorragie, avant même qu'apparaissent les signes classiques de la pâleur des téguments, de l'accélération du pouls et des phénomènes abdominaux ».

Cet accroissement du nombre des globules blancs est d'ailleurs tout aussi rapide à disparaître : quelques heures après l'intervention, la formule leucocytaire est redevenue normale.

Ainsi, dans la grande inondation péritonéale, l'hyperleucocytose est la règle et peut servir à étayer ou renforcer le diagnostic.

II. — *Collections sanguines*. — Qu'il s'agisse d'hématosalpinx ou d'hématocèle rétro-utérine, ce que nous venons de voir montre que la leucocytose sanguine sera très variable. Le chiffre est proportionnel au « saignement » et l'on sait que

ces collections sanguines sont presque toujours le siège de petites hémorragies répétées.

Souvent la leucocytose est normale (ce fut le cas le plus fréquent chez nos malades).

« Dans les cas de rupture tubaire à symptomatologie discrète, chez certains malades qui se présentent avec un épanchement de sang localisé, formant une masse empâtée et douloureuse, dont la température est au-dessus de 38°, on peut hésiter entre une poussée de salpingite aiguë et une grossesse tubaire avec fissuration de la trompe. Il est des femmes qui n'ont pas eu de retard de règles ou d'autres qui sont d'ordinaire mal ou irrégulièrement réglées et cet élément de diagnostic faisant défaut, l'erreur peut-être commise. C'est dans ces cas qu'il faut demander à la formule sanguine, une information complémentaire capable d'orienter le diagnostic ». (Desmarest).

Mais il n'en est pas toujours ainsi :

Farrar, dans 150 cas de grossesse ectopique, ne trouve un chiffre normal de leucocytes que dans 48 % des cas.

Miller, sur 104, trouve 10 à 15.000 leucocytes dans 34 % des cas. 15 à 20.000 dans 28 %.

Dans une de nos observations, il s'élevait à 21.800.

Il en résulte qu'un chiffre élevé de globules blancs peut coïncider avec une collection sanguine sans trace d'inflammation. Il faut donc se garder de penser à une infection de l'épanchement sanguin en raison de l'hyperleucocytose. La numération, dit Miller, est plus trompeuse qu'il ne serait souhaitable dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine.

IV. — Tuberculose annexielle. — Il est classique de signaler dans la tuberculose péritonéale ou pelvienne une mononucléose assez caractéristique.

Rieux dit à ce sujet : « dans les tuberculoses à forme bénigne et à évolution lente, il y a leucocytose aux environs de 10.000, mais avec lymphocytose et mononucléose, tands que dans les formes graves, il y a hyperleucocytose avec polynucléose et on pourrait dire que l'aggravation de la maladie se traduit par des poussées de polynucléose, tandis que dans les améliorations, les lymphocytes augmentent de nombre ».

Or, au point de vue diagnostique, les seules formes qui peuvent prêter à erreur avec une pelvipéritonite ou un pyosalpinx sont des formes évolutives, fibrocaséeuses ou abcédées. La formule leucocytaire ne sera donc ici d'aucun intérêt.

Quant à la leucocytose, elle est très variable et assez mal connue. « Cette étude du sang, dit Desmarest, mériterait d'être reprise et il serait intéressant de rechercher les formules sanguines des malades atteintes de lésions pelviennes tuberculeuses avec ou sans ascite, avec ou sans lésions fibro-caséeuses ». D'après les constatations de quelques auteurs (Ferrari, Curtis), et d'après ce que nouso avons vu, elle est élevée le plus souvent (jusque 17.000 dans nos observations) et d'autant plus élevée que l'affection se rapproche d'une inflammation banale (fièvre, phénomènes généraux, etc...). Sa recherche sera donc de peu d'utilité.

Que la polynucléose soit explicable par le processus tuberculeux lui-même ou par l'infection secondaire dûe au voisinage de l'intestin, peu importe, son intérêt diagnostic est nul.

INTERET DES NUMERATIONS POUR FIXER LA DATE DE L'INTERVENTION DANS LES SUPPURATIONS PELVIENNES

C'est, en 1913, que Smith posa les principes de cette méthode mais sans en tirer encore des conclusions pratiques suffisantes. Les résultats de ces recherches peuvent cependant servir de base à notre étude car elles sont une démonstration de l'importance du chiffre de globules blancs. « Il y a quelques années, dit-il, une malade fut admise au Lakeside Hospital présentant tous les signes d'une salpingite purulente bilatérale. Son état général était bon, sa douleur légère ; la température était au voisinage de la normale ainsi que son pouls. Cependant, elle présentait une leucocytose à 16.000 et ce fait ne me revint à l'esprit que beaucoup plus tard, lorsque, après l'opération, elle présenta une péritonite généralisée avec température à 40 et pouls à 176. Un rapide drainage fut fait et elle guérit. Mais cette expérience m'amena à repousser les opérations dans les cas d'annexites avec leucocytose élevée même non accompagnées de signes cliniques graves. Le chiffre de la leucocytose peut-il être comparé pour l'indication opératoire avec la température et les signes généraux ? et faut-il, en cas de désaccord être plus influencé par la leucocytose que par les autres signes ? Aucune réponse satisfaisante n'est donnée par les classiques ».

Pour répondre à cette question, Smith a pratiqué la numération dans 100 cas de suppuration pelvienne.

Les chiffres oscillent entre 5.700 et 38.000. Si l'on prend comme moyenne le chiffre de 14.000, on obtient les résultats suivants :

1° Leucocytose au-dessous de 14.000 avant l'intervention (47 cas).

Suites mouvementées et fébriles	23 %
Drainage nécessaire	45 %
Mortalité	0

2° Leucocytose au-dessus de 14.000 avant l'intervention (53 cas).

Suites mouvementées et fébriles	75 %
Drainage nécessaire	45 %
Mortalité	11 %

De tels désastres sont évités actuellement par l'observation courante de principes classiques sur le moment opportun de l'intervention.

Nous n'envisagerons pas ici l'indication opératoire elle-même : il ne nous semble pas que la leucocytose puisse discriminer si tel cas doit être obligatoirement opéré et si tel autre cas guérira médicalement. Nous ne pouvons pas souscrire à ces paroles de Borrien : « Ce que l'on peut dire,

c'est que le retour du nombre des leucocytes et des polynucléaires à la normale nous permet d'affirmer qu'une inflammation pelvienne guérira et que les lésions locales s'atténueront jusqu'à disparaître sous l'influence d'un traitement judicieux ».

En effet, après refroidissement complet, il peut rester des lésions suffisantes (adhérences, sclérose, cellulite) pour légitimer l'hystérectomie. La clinique seule est capable de trancher cette question.

Nous n'envisagerons donc que le *choix du moment de l'intervention* chez une malade qui a présenté des poussées thermiques et des signes d'inflammation pelvienne étendue. A moins d'y être forcé par l'évolution suraiguë de la suppuration ou les menaces de perforation en péritoine libre, l'intervention dans les annexites n'est faite qu'après une période de « refroidissement » sérieux, plus ou moins prolongé. En règle générale, l'intervention devient possible après une dizaine de jours d'apyrexie complète.

Mais, peut-être n'est-il pas toujours suffisant de se baser uniquement sur la température ; trois éventualités sont possibles si on la compare à la leucocytose :

1er *Cas. — La leucocytose confirme les données de la courbe thermique.* — Elle aboutit aux mêmes résultats et serait donc inutile si elle ne donnait au chirurgien une certitude et une sécurité plus grandes, ce qui n'est certes pas négligeable.

La numération permet donc après dix jours d'apyrexie de confirmer le refroidissement complet. Elle permet aussi, le plus souvent, de ne pratiquer aucun drainage sans faire courir à la malade de risque supplémentaire.

2e *Cas. — La leucocytose permet d'avancer la date de l'intervention.* — C'est le cas d'une malade qui vient à l'hôpital pour une lésion annexielle et qui présente le jour de son entrée une température au-dessus de la normale. Logiquement, une telle malade devrait être soumise à un repos d'au moins dix jours. Or, si le chiffre des globules blancs n'est pas augmenté, on peut affirmer que la fièvre n'est pas due à l'affection pelvienne (qu'elle soit d'origine pulmonaire, rhino-pharyngée ou intestinale). L'intervention pourra être pratiquée après deux ou trois jours d'apyrexie seulement et la durée de l'hospitalisation est ainsi réduite de huit jours.

Ce gain de temps est particulièrement utile en milieu hospitalier, où les malades ont besoin d'une reprise d'activité aussi rapide que possible, et l'encombrement des salles de traitement est réduit au minimum.

La leucocytose permet ce gain de temps tout en donnant au chirurgien la certitude qu'il ne fait courir à la malade aucun risque inutile.

3e *Cas. — La numération oblige à retarder l'intervention.* — Cette catégorie est de beaucoup la plus intéressante. La malade est apyrétique depuis huit ou dix jours et pourtant les lésions ne sont pas suffisamment « refroidies ». A l'intervention, le chirurgien se trouvera en présence d'adhérences péritonéales récentes, d'un état congestif des annexes, et regrettera de ne pas avoir attendu quelques jours de plus.

C'est ce qui est arrivé plusieurs fois au début de l'emploi de la méthode dans le service. L'intervention pratiquée malgré une leucocytose un peu élevée, la durée de l'apyrexie ayant été suffisante, montra des lésions insuffisamment refroidies. Sans amener de désastres opératoires, il en résulta parfois des suites un peu difficiles. Voici le résumé de ces observations :

B... Marie, 31 ans. Entre le 14 avril 1938 pour douleurs sourdes du bas-ventre datant d'un an, plus violentes depuis trois semaines. Règles régulières. Annexe droite très volumineuse du volume d'une orange, peu douloureuse, non fixée, perceptible au toucher vaginal et au palper abdominal. Pas de fièvre. Numération globulaire à 12.500. Ce chiffre permet d'orienter le diagnostic vers le pyolapinx mais il aurait dû faire retarder l'intervention malgré l'apyrexie.

En effet, l'opération pratiquée le 16 avril montre un gros pyosalpinx droit avec des adhérences inflammatoires intestinales et épiploïques récentes. Les anses voisines sont rouges, congestives avec quelques fausses membranes.

Lésions insuffisamment refroidies. Ovariosalpingectomie droite et drainage au Mickulicz.

Les suites opératoires sont fébriles avec légère réaction péritonéale et retard dans l'évacuation des gaz et des premières selles. La température ne revient à la normale qu'au douzième jour. Ensuite évolution favorable. Sort au vingt-cinquième jour.

B... Franciska, 24 ans. Entre le 27 mai 1938 pour annexite droite datant d'un an. Utérus en anteflexion avec empâtement des deux culs de sacs sans masse annexielle perceptible. Douleur modérée, pas de température mais numération à 8.250. Malgré ce chiffre, on intervient le 13 mai et l'on trouve des lésions annexielles récentes ; adhérences molles ovaro-épiploïques, congestion intense des trompes qui sont épaissies et irrégulières. Hystérectomie subtotale. Fermeture sans drainage. Suites simples au point de vue abdominal mais élévation thermique passagère de cinq jours. Sort au quinzième jour en bon état.

A... Marcelle, 19 ans. Prostituée. Entre le 3 mars 1938 pour pelvi-péritonite. Depuis un mois, très vives douleurs pelviennes, vomissements. Au toucher, gros col ulcéré, volumineux ; masse annexielle gauche prolabée dans le Douglas, très douloureuse, adhérente à l'utérus. A droite, masse annexielle un peu moins grosse, mobile, haut située. Température 38°2 à l'entrée. Numération à 7.200. La température s'élève, devient oscillante et la leucocytose atteint 10.450. Puis l'apyrexie apparait. Dix jours plus tard, on se décide à opérer alors que la leucocytose s'élève à 8.950.

L'intervention pratiquée le 7 avril montre de grosses lésions salpingées bilatérales : trompes énormes, congestives, adhérentes, épaisses, ne contenant que quelques gouttes de liquide séro-purulent. Hystérectomie subtotale. Fermeture sans drainage. Suites légèrement troublées ; ballonnement persistant pendant 3 jours puis complications pulmonaires. Sort au vingtième jour en bon état.

F... Andréa, 27 ans. Vient le 6 avril pour des douleurs pelviennes gauches, depuis un mois avec peti-

tes métrorragies. Les deux annexes sont volumineuses, douloureuses, refoulées en arrière, adhérentes à l'utérus mais conservant une certaine mobilité. Etat subfébrile à 38°5. Numération à 11.000.

Malgré le repos et la glace, la température persiste pendant quinze jours et la numération reste à 10.250. Puis la température s'abaisse, et après dix jours d'apyrexie l'indication opératoire est posée malgré une numération encore élevée (9.200).

A l'opération, gros pyosalpinx bilatéral, peu adhérent mais très congestif, anses grêles rouges couvertes d'exsudat. Lésions insuffisamment refroidies. Hystérectomie subtotale. Mickulicz. Suites légèrement troublées ; grosses ascensions thermiques, ballonnement, retard du rétablissement du transit intestinal. Puis, tout s'arrange et la malade sort au trentième jour en bon état.

Dans les quatre observations ci-dessus, la leucocytose élevée aurait donc pu éviter les légers ennuis post-opératoires qui se sont produits, en reculant l'intervention de quelques jours. C'est ce qui fut fait dans les cas suivants.

D... Marie-Louise, 26 ans. Entre le 4 juin 1938 pour un avortement de 2 mois. Curetage. Les jours suivants, élévation thermique, douleurs abdominales: le toucher révèle un empâtement croissant des culs de sacs avec masses annexielles bilatérales importantes. Le 7 juin 16.000 leucocytes.

A partir du 11 juin, la température revient à la normale, la leucocytose s'abaisse à 8.300.

Après 10 jours d'apyrexie, les lésions locales sont stationnaires, moins douloureuses.

On serait tenté de poser l'indication opératoire à ce moment, mais la leucocytose reste élevée à 7.650. L'intervention est donc reportée et les faits confirment bientôt les prévisions. Le 26, nouvelle poussée thermique au-dessus de 39° en même temps que les douleurs réapparaissent et que la masse pelvienne augmente de volume. Au bout de quelques jours, la fièvre s'arrête et après 10 jours encore d'attente la leucocytose descend cette fois à 5.000. On décide d'opérer.

Intervention le 8 juillet : adhérences nombreuses surtout en arrière. Utérus et annexes noyés dans un tissu dense et difficiles à isoler. Aucune collection purulente, ni autour des annexes ; ni dans les trompes. Hystérectomie subtotale. Mickulicz. Suites simples : aucune réaction péritonéale, légère poussée thermique passagère. Sort au 25e jour en bon état.

A... Francine, 18 ans. Prostituée. Entre à l'hôpital le 5 mars 1938 avec un syndrome de pelvi-péritonite aiguë. Vives douleurs depuis un mois, vomissements, blocage de tous les culs de sacs, toucher vaginal atrocement douloureux, col fixé, annexes noyées dans une énorme coulée pelvienne.

A l'entrée, température à 39°5. Numération à 10.000. La température retombe très rapidement à la normale en même temps que les douleurs se calment. Après huit jours d'apyrexie, on pourrait être tenté d'intervenir, mais la numération à 9.000 fait repousser toute idée d'opération à ce moment ; et, en effet, une nouvelle poussée évolutive

se produit, qui ne durera pas moins de vingt jours, avec température très élevée dépassant parfois 40 et ascension de la leucocytose jusque 13.600.

A partir du 12 avril, la température redevient normale et la leucocytose s'abaisse à 6.500.

Le 27 avril, on décide d'opérer, après 15 jours d'apyrexie la numération s'élevant à 4.000.

A l'intervention, les annexes sont intimement adhérentes à la sigmoïde et à l'épiploon. Elles sont scléreuses, épaisses, et ne contiennent que quelques gouttes de pus (où le microscope décélera la présence de gonocoques). Hystérectomie subtotale. On laisse simplement un drain dans le Douglas, qui sera enlevé au bout de 48 heures.

Suites très simples sans aucun signe alarmant avec une poussée thermique légère ne durant que quatre jours.

M... Paulette. Entre le 29 octobre 1938 avec le diagnostic de salpingite aiguë. Douleurs depuis deux mois prédominant à gauche. Au toucher, grosse masse dure, fixée, douloureuse du cul de sac latéral droit, adhérente à l'utérus mais conservant une certaine mobilité.

A l'entrée, température à 38°2, leucocytose à 21.200. Cette faible élévation thermique cesse bientôt et la leucocytose descend à 12.500.

Après 12 jours d'apyrexie, on pourrait être tenté d'intervenir mais la leucocytose parait encore trop élevée 7.250.

L'intervention est donc retardée, et comme pour légitimer cette décision, la température remonte bientôt à 38°5 et le chiffre des globules blancs à 13.330.

Cette nouvelle poussée se calme bientôt et après une nouvelle attente de dix jours, la leucocytose arrive à 4.800. On décide d'opérer.

L'intervention pratiquée le 29 novembre permet l'ablation d'un pyosalpinx bilatéral prédominant à gauche, adhérent, scléreux, sans une goutte de pus collecté. Après une dissection assez pénible, on pratique une hystérectomie subtotale. Fermeture sans drainage après péritonisation. Suites simples sans aucune ascension thermique.

N... Lucie, 46 ans. Entre le 24 juin 1938 avec un syndrome abdominal aigu. Douleurs abdominales diffuses, vomissements depuis une semaine, empâtement diffus des culs de sac avec une masse rétro-utérine fixée, dure, atrocement douloureuse. Température entre 38° et 39°. Numération à 6.250. La fièvre cède rapidement, mais la leucocytose s'élève jusque 9.200, faisant craindre une aggravation des lésions.

En effet, le 12 juillet, une poussée inflammatoire se produit, les douleurs redoublent et la température remonte pour atteindre en quelques jours 40° tandis que la leucocytose s'élève à 12.200. Puis tout se calme, la température redevient normale. Au bout de neuf jours d'apyrexie, la leucocytose est encore à 8.600. L'intervention est différée.

Enfin après vingt jours de température normale, le chiffre des globules blancs tombe à 6.000 et on opère.

A l'intervention, les deux annexes sont scléreuses, très adhérentes mais ne contiennent pas de pus. Les lésions prédominent à droite mais nécessitent une hystérectomie subtotale. Péritonisation. Fermeture sans drainage. Suites simples sans élévation thermique notable.

Si nous comparons les huit dernières observations, elles peuvent être résumées dans le tableau suivant :

	Quatre premiers cas	Quatre derniers cas
Chiffre moyen des leucocytes avant l'intervention	9.275	5.575
Moyenne de la température post-opératoire maxima	39°	38°2
Durée moyenne de la fièvre post-opératoire	10 jours	3 jours
Durée moyenne de l'hospitalisation post-opératoire	22 jours	16 jours

Bien que reposant sur un nombre restreint de cas, ces résultats nous paraissent pourtant suffisamment concluants pour démontrer l'utilité de la leucocytose dans le choix d'une date convenable pour l'intervention chirurgicale.

Dans beaucoup de cas, il y a intérêt donc à prolonger la temporisation, à attendre la chûte de la leucocytose et à intervenir ainsi avec moins de risques et des suites opératoires meilleures.

Enfin, la numération globulaire est capable de donner au chirurgien des indications fort intéressantes sur la nécessité du drainage opératoire ou la possibilité d'une fermeture complète.

Cette recherche nous a donc paru utile au cours des annexites, sous la réserve d'une liaison constante avec la clinique. Et nous pouvons conclure par les paroles de Yates, basées sur 1773 examens du sang en gynécologie :

« Les numérations chiffrées ne doivent pas être interprétées comme un ultimatum : elles ne doivent servir que d'aide pour le diagnostic et l'indication opératoire, et le dernier mot doit toujours rester à la clinique ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Corporation et médecine par J. OKINCZYC, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des Hôpitaux. 7 fr. 50 ; franco : 8 fr. 25. Spes. édit., Paris.

La dysenterie bacillaire par J. DUMAS, chef de service à l'Institut Pasteur. — Un volume in-8° de 90 pages, avec 1 figure hors texte, 28 fr. G. Doin. éd., Paris.

Anatomie et histologie de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme, par A. HOVELACQUE, professeur à la faculté de médecine de Paris, chef des travaux d'Anatomie et Jean TURCHINI, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — Un vol. in-4° de 310 pages avec 180 figures dans le texte : 260 fr. G. Doin, édit., Paris.

Atlas d'anatomie et de médecine opératoire du labyrinthe osseux, par le Docteur Louis GIRARD. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Préface de M. le Professeur H. ROUVIÈRE. 3e édition entièrement refondue et considérablement augmentée. — Un volume format 19×28 de 170 pages avec 80 figures de H. Frantz dans le texte. Tiré sur papier couché. Prix : 125 fr. Maloine, édit., Paris.

ACTION D'UN NOUVEL EXTRAIT HÉPATO-GASTRO-PYLORIQUE SUR LES GLOBULES ROUGES DU SANG CIRCULANT

par M. A. Gervais.

Dans le numéro du 24 mai 1939 de la Gazette des Hôpitaux, nous avons signalé l'action remarquable de l'Extrait Hépato-Gastro-Pylorique dans le traitement des différentes formes de l'anémie.

Nous ferons aujourd'hui un exposé concernant l'activité de l'Extrait Hépato-Gastro-Pylorique sur la formation des hématies.

Alexis Carrel (1) donne du sang la définition suivante : « Le sang est un tissu comme tous les autres « tissus. Il se compose d'environ 30.000 milliards de « globules rouges et de 50 milliards de globules blancs. « Mais ces cellules ne sont pas comme celles des au- « tres tissus, immobilisées par une charpente. Elles « sont suspendues dans un liquide visqueux, le plasma ».

....

« Le plasma sanguin est la solution de bases, d'aci- « des, de sels et de protéines dont Van Slyke et Hen- « derson ont découvert les lois de l'équilibre physico- « chimique. C'est grâce à cette composition particu- « lière qu'il peut maintenir constante, et tout près de « la neutralité, son alcalinité ionique » (pH).

....

« Un homme possède une quantité de sang inférieure au dixième de son poids », soit environ 6 litres. Donc, tenant compte du nombre de globules rouges indiqué ci-dessus et du volume du sang chez l'homme, le sang normal sain contient 5 millions de globules rouges par millimètre cube. C'est en déterminant le nombre de globules rouges dans un millimètre cube de sang que le médecin pourra savoir si son malade est atteint ou non d'une maladie du sang et, dans le cas de l'affirmative, connaître l'importance, la gravité de l'anémie dont il est atteint. Par voie de conséquence, c'est par l'augmentation du nombre des globules rouges dans le sang que l'on constate l'amélioration et la guérison d'un malade atteint d'anémie.

L'organothérapie antianémique agit sur le nombre des globules rouges. Un nouvel extrait hépato-gastro-pylorique buvable en tubes scellés, injectable en ampoules stérilisées, a été étudié par B. Mouras (2) et M. Lombard (3) en ce qui concerne sa valeur sur la régénération sanguine, et en particulier, sur les modifications globulaires.

Observation Mouras, n° 1. — Maria P., cultivatrice, 50 ans, est soignée à l'hôpital Saint-Antoine de Paris, pour une anémie avec rétrécissement mitral. La malade entre dans le service le 10 septembre 1936. Dès le lendemain, ouabaïne et extrait de foie : la température devient normale, son cœur s'améliore; l'anémie reste stationnaire. Le 30 septembre — G. R. 2.580.000, Extrait hépatogastro-pylorique, 4 ampoules buvables de 5 cc. par jour — 2 à midi, 2 le soir. Le 21 octobre, G. R. 4.010.000. En 3 semaines augmentation de 1.430.000, soit, par semaine 476.000.

Observation Mouras, n° 3. — C'est un mineur, âgé de 59 ans, traité à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille. Anémie pernicieuse cryptogénétique avec syndrome de Riessen-Russel. Entre dans le service le 9 septembre 1936, avec 1.200.000 G. R. Repos, bonne nourriture, pas de traitement jusqu'au 2 octobre. — G. R. sans changement, 1.200.000. Par jour, 6 ampoules buvables de 5 cc. d'Extrait hépato-gastro-pylorique : 3 à midi, 3 le soir. Le 3 novembre, 2.200.000 G. R. Augmentation hebdomadaire moyenne : 250.000 G. R. Du 3 au 18, rentre chez lui. Revient à l'hôpital le 19 avec 2.350.000 G. R. A nouveau, 6 ampoules 5 cc. par jour d'Extrait hépato-gastro-pylorique buvable. Le 19 décembre, 3.700.000 G. R. Augmentation hebdomadaire moyenne : 340.000 G. R.

Observation Lombard, n° 2. — G..., écolier, 15 ans, entre à l'Hôpital Central de Nancy, le 23 février 1938. Anémie cryptogénétique avec 2.730.000 G. R. Du 5 au 16 mars, le petit malade reçoit quotidiennement 1 cc. d'Extrait hépato-gastro-pylorique injectable. Du 18 au 21 mars, 2 cc.; du 22 au 26, 3 cc., et ensuite jusqu'au 30 compris, 4 cc. Il quitte l'hôpital et poursuit son traitement avec, chaque jour, 5 cc. d'Extrait hépato-gastro-pylorique buvable, du 16 au 28 avril. Le 29 avril, 6.090.000 G. R. Augmentation hebdomadaire moyenne : 865.000 G. R.

Observation Lombard, n° 7. — André I..., 8 ans, entre à la Clinique Médicale Infantile de Nancy, le 10 janvier 1938. Anémie d'origine inconnue (bacillaire présumée). Le 14 janvier, 3.110.000 G. R. En 37 jours, reçoit 30 ampoules de 1 cc. d'Extrait hépato-gastro-pylorique injectable. Le 22 février, on dénombre 5.200.000 G. R. faisant ressortir une augmentation hebdomadaire moyenne de 418.000 G. R.

Observation Lombard, n° 10. — Religieuse de l'Hôpital Saint-Julien de Nancy, 61 ans. Anémie cryptogénétique. Le 10 août 1937, 2.940.000 G. R. Extrait de foie buvable. 31 août, 2.780.000 G. R. Extrait gastrique buvable, 20 novembre, 2.060.000 G. R. Traitements variés jusqu'au 6 mai 1938; on décompte 3.210.000 G. R. A partir du 9 mai, injection quotidienne de 5 cc. d'Extrait hépato-gastro-pylorique. Le 21 mai, 5.190.000 G. R. Augmentation moyenne hebdomadaire : 940.000 G. R.

Observation Lombard, n° 11. — D... Georges, ouvrier agricole, 55 ans, entre à l'Hôpital Central de Nancy, le 22 janvier 1938. Anémie d'origine brightique. Le 25 janvier, 1.260.000 G. R. Du 25 janvier au 4 février, on administre au malade 4 à 5 ampoules buvables de 5 cc. d'Extrait d'hépato - gastro - pylorique : 2.120.000 G. R. A partir du 5 mars, on institue le traitement à l'Extrait hépato-gastro-pylorique injectable : 5 cc. tous les deux jours. Amélioration de l'état général du malade. Le 21 mars, on compte 4.200.000 G. R. Moyenne hebdomadaire d'augmentation : 975.000 G. R.

Observation Lombard, n° 21. — Lahmar ben Allal, 28 ans, entre au Centre Antipaludique du Maroc, à Rabat, le 19 mars 1938. Anémie splénique à 2.410.000 G. R. Au début, traitement martial et arsenical qui donne quelques résultats; ensuite Extrait hépato-gastro-pylorique buvable : 5 cc. p. d. la numération globulaire atteint 2.880.000 G. R. On institue un traitement par injections intramusculaires d'Extrait hépato-gastro-pylorique : 2 cc. par jour et même 5 cc. p. d. Le 25 avril, on peut constater une augmentation hebdomadaire moyenne de 570.000 G. R. puisque à cette date, l'hématimètre contrôle 4.020.000 G. R.

Les observations cliniques ci-dessus émanent des services hospitaliers de Paris, Nancy, Lille et du Centre antipaludique du Maroc à Rabat. Elles ont été prises chez des enfants de 8 et 15 ans et chez des adultes de 28, 50, 55, 61 ans faisant ainsi la preuve de l'action de l'Extrait anti-anémique à tout âge. L'augmentation hebdomadaire moyenne s'étale entre 340.000 et 975.000 G. R. Or, selon les meilleurs hématologues, un produit antianémique fait sa preuve lorsqu'il produit une augmentation hebdomadaire de 300.000 G. R. Ces constatations sont valables aussi bien pour l'Extrait hépato-gastro-pylorique buvable que pour l'injectable ; les traitements en effet ont été institués tantôt exclusivement avec le buvable, tantôt exclusivement avec l'injectable et quelquefois les deux associés.

L'Extrait hépato-gastro-pylorique buvable et injectable employés dans leurs expérimentations cliniques par MM. les docteurs B. Mouras et M. Lombard ont été préparés par J. Cautier sous la dénomination hémopylore.

(1) Alexis Carrel : « L'Homme, cet Inconnu ».
(2) B. Mouras : Paris 1937.
(3) M. Lombard : Thèse Nancy 1938.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC des ABCÈS de la FOSSE ILIAQUE DROITE

D'un point de vue théorique, ce problème comporte deux étapes :

Un diagnostic de nature, c'est-à-dire celui d'une tuméfaction liquidienne.

Un diagnostic topographique, sachant que la lésion peut être pariétale, intrapéritonéale ou rétro-péritonéale.

Mais la pathologie déborde souvent les frontières anatomiques et telle lésion cliniquement iliaque droite peut reconnaître une origine pelvienne, gynécologique par exemple.

Pour répondre à la réalité des faits cliniques, il importe de se laisser guider par l'allure évolutive des lésions et par les symptômes associés.

Nous étudierons d'abord les lésions d'allure aiguë ou subaiguë prenant pour type l'abcès appendiculaire, puis les lésions franchement chroniques, telles que l'abcès ossifluent du mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire.

Lésions d'allure aiguë ou subaiguë

Toute syndrome aigu ou subaigu douloureux, fébrile de la fosse iliaque droite, avec participation péritonéale et signes digestifs évoque immédiatement l'idée d'une appendicite. Et quand ces symptômes s'observent après une évolution de quelques jours, surveillée ou non, c'est aux complications de l'appendicite qu'on doit penser, avant tout à :

L'abcès appendiculaire. — Nous ne parlerons que de l'abcès *iliaque*. Son allure clinique revêt des aspect variables dont le diagnostic doit être fait, puisqu'il entraîne, en général, une sanction opératoire.

Tantôt on assiste à la formation de l'abcès.

L'appendicite est reconnue, mais, vue tardivement, on a cru pouvoir temporiser et refroidir.

Cependant, la diète, la glace, le repos ne sont pas suivis d'une sédation complète. L'état général demeure précaire, les traits sont tirés, la langue sèche, la température encore élevée, le pouls toujours rapide... La douleur persiste, sourde, localisée à la fosse iliaque droite et le malade n'a pas ou peu émis de gaz.

Localement, le ventre est légèrement ballonné, souple dans l'ensemble, sauf au niveau de la fosse iliaque droite, où la main perçoit une sorte de plaque douloureuse et mal limitée qui double la paroi.

D'autres fois, la sédation des signes fonctionnels et généraux était satisfaisante ; localement persistait un empâtement iliaque, de péritonite plastique, « un plastron » dont on attendait la résorption quand au milieu de cet apaisement général, le malade se reprend à souffrir, a des nausées, son pouls s'accélère et, localement la fosse iliaque redevient tendue et douloureuse.

En pareils cas, le diagnostic est aisé, la cause est reconnue d'avance ; il ne reste à poser que le diagnostic de suppuration péri-appendiculaire, seul vraisemblable.

En d'autres circonstances, ce double diagnostic de cause et de nature est à faire du même coup. La paroi est résistante, la main reconnaît une masse de consistance difficile à définir, douloureuse au-dessus de l'arcade crurale, assez nettement limitée en haut et en dehors.

Le toucher rectal perçoit confusément sa limite inférieure. Au milieu de cet empâtement se révèle un point plus douloureux. Il existe parfois un peu d'œdème de la paroi. Et l'on trouverait une hyperleucocytose nette.

C'est assez d'arguments ajoutés à ceux de l'anamnèse pour faire le diagnostic d'abcès appendiculaire sans attendre la voussure et la fluctuation.

Sans doute, la distinction est malaisée entre le plastron et l'abcès, le passage de l'un à l'autre mal défini. Distinction d'ailleurs un peu théorique ; les abcès résiduels des malades opérés après un long refroidissement sont à cet égard significatifs.

Nous ne retiendrons qu'un signe important en faveur de la constitution de l'abcès, à savoir la reprise douloureuse et thermique vers le cinquième ou sixième jour d'une crise aiguë appendiculaire dont on connaît, par ailleurs, les symptômes.

Une alerte de ce genre au cours de l'évolution d'une péritonite plastique appendiculaire, commande l'intervention de drainage, sinon l'exérèse de l'appendice, qui n'est pas toujours possible sans danger.

A côté de l'origine appendiculaire des suppurations collectées dans la fosse iliaque droite, il faut mentionner le développement progressif vers cette région de *lésions suppurées d'origine génitale.*

Nous avons surtout en vue le *phlegmon* développé dans la partie haute *du ligament large,* tel qu'on l'observe parfois après un avortement.

Il s'agit d'une femme en période d'activité génitale, observée par exemple à la suite d'une fausse couche compliquée.

La lésion est accessible au palper de la fosse iliaque accompagnée d'une fréquente défense de la paroi.

On a l'impression d'un empâtement douloureux, résistant, qui monte du petit bassin.

On perçoit nettement ses limites inférieures au toucher vaginal comblant le cul-de-sac latéral droit, refoulant l'utérus vers la gauche, et le fixant.

Masse douloureuse, immobile, souvent très volumineuse. La température est largement oscillante, les douleurs continues. La réaction péritonéale est parfois nette : contracture, nausées, parésie intestinale.

L'hyperleucocytose sanguine considérable.

Pour orienter le diagnostic, on retiendra :

— La situation basse, abdominopelvienne, et latéro-utérine, de la collection.

— La notion d'un avortement récent.

— L'existence fréquente de pertes fétides.

De tels arguments autorisent à poser le diagnostic de phlegmon du ligament large dont on suivra de très près l'évolution pour l'évacuer par une incision iliaque basse au cas où la collection menacerait de diffuser et de s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale.

Plus rarement, un pyosalpynx, un volumineux kyste de l'ovaire suppuré à développement abdominal se présenterait comme une lésion douloureuse et fébrile de la fosse iliaque droite, dont il faudrait reconnaître l'origine génitale.

C'est entre ces deux lésions que la différenciation est souvent difficile et pourtant nécessaire.

La première commandant le plus souvent l'abstention en vue d'un refroidissement possible. La seconde, lésion mieux limitée, encapsulée exigeant une intervention d'exercice précoce.

(A suivre).

J. REIGNIER.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imprimerie HENRY MAILLET, 8, rue de Châtillon, Paris.

N° 48. — SAMEDI 17 JUIN 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.
Complications nerveuses de la pneumonie, par MM. A. DUMOND et G. DEPLANTE.

CHRONIQUE.
La réceptivité des maladies, par M. L. BABONNEIX.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de chirurgie.

LIVRES NOUVEAUX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

PRATIQUE MÉDICALE.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — 2e *Concours de Médecin des hôpitaux. Nomination.*

Epreuve de consultation écrite : MM. Oumansky, 19, 54 ; Uhry, 19, 54 ; Albeaux-Fernet, 19, 72 ; Mme Roudinesco, 19, 72 ; MM. Fouquet, 19, 54 ; Lièvre, 19, 54.

Concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux. — Jury définitif : MM. Le Lorier, Lévy-Solal, Chirié, Lemeland, Ravina, Turpin, Basset.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'externat s'ouvrira le 9 octobre 1939.

Inscription au siège administratif des hospices, bureau du personnel médical, 3, quai des Célestins avant le 19 août 1939.

Hospices civils de Bône. — Deux postes d'internes seront bientôt vacants, les candidats devront adresser le plus tôt possible leur demande à M. le Directeur des hospices civils de Bône. (Conditions : être français, pourvu de seize inscriptions. Avantages : nourriture, logement, indemnité de 700 à 1000 fr. par mois, etc...).

Faculté de médecine de Paris. —CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section de médecine générale. Leçon d'une heure.* — 1re Séance du 12 juin :

M. Sterne (Paris) : « Les perforations pulmonaires ».
M. Brocard (Paris) : « La neurofibromatose (maladie de Reklinghausen) ».
M. Fabiani (Alger) : « Accidents gravido-cardiaques ».

2e Séance du 12 juin :

M. Joyeux (Hanoï) : « La maladie de Nicolas Favre ».
M. Lafont (Montpellier) : « Physiopathologie des œdèmes ».
M. Albot (Paris) : « Diagnostic précoce de la paralysie générale ».
M. Martin (Lille) : « Les septicémies à point de départ pharyngé ».

Leçon d'une heure. — 1re Séance du 13 juin :

M. Sacrez (Strasbourg) : « Les anévrismes du cœur ».
M. Pauly (Bordeaux) : « Erythème noueux ».

2e Séance du 12 juin :

M. Verhaeghe (Lille) : « Toxi-infections d'origine alimentaire ».
M. Christiaens (Lille) : « Lymphogranulomatose maligne viscérale ».
M. Thiers (Lyon) : « Le foie des tuberculeux ».

Leçon d'une heure. — 1re Séance du 14 juin :

M. Sarrouy (Alger) : « Crises douloureuses du tabes ».
M. Raynaud (Alger) : « Les fièvres intermittentes ».
M. Merklen (Paris) : « Les accidents de la sérothérapie ».

2e Séance du 14 juin :

M. Louyot (Nancy) : « Le cancer de l'ampoule de Vater ».

M. Dubarry (Bordeaux) : « Séquelles nerveuses des traumatismes craniens ».

M. Gineste (Lille) : « Les cholécystites calculeuses ».

M. Audier (Aix) : « Formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire aiguë ».

1re Séance du 15 juin :

M. Cattan (Paris) : « Le charbon ».

M. Cachera (Paris) : « Bradycardies par dissociation ».

2e Séance du 15 juin :

M. Delay (Paris) : « Les tétanies ».

M. Kourilsky (Paris) : « Valeur clinique de l'hyperglycémie ».

M. Thiodet (Alger) : « Intoxication aiguë par l'oxyde de carbone ».

Section de chirurgie générale. Leçon d'une heure.

1re Séance du 12 juin :

M. Decoulx (Lille) : « Les kystes congénitaux du cou ».

M. Dieulafé (Toulouse) : « Les myélomes des os ».

M. Pouyanne (Bordeaux) : « Suppurations à staphylocoques du parenchyme rénal ».

2e Séance du 12 juin :

M. Jung (Strasbourg) : « Les chondromes des membres ».

M. Desmarets (Lille) : « Tétanos splanchnique ».

M. Imbert (Aix) : « Les « naevi » pigmentaires et leurs dégénérescences malignes ».

Leçon d'une heure. — Séance du 13 juin :

M. Macquet (Lille) : « Les hernies internes étranglées ».

M. Grimault (Nancy) : « Embolies pulmonaires post-opératoires ».

M. Rousseau (Nancy) : « Les rétentions biliaires d'origine cholédocienne ».

M. Sicard (Paris) : « Accidents liés à la migration cholécysto-dodénale des calculs biliaires ».

Séance du 14 juin :

M. Coinard (Alger) : « Paraplégies du mal de Pott ».

M. Dor (Aix) : « Lobectomie pulmonaire ».

M. Dambrin (Toulouse) : « Les arthropathies tabétiques ».

Ministère de la Santé Publique. — M. le docteur Aublant, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Oise, a été nommé conseiller technique sanitaire au ministère de la santé publique.

M. le docteur Bapt, inspecteur adjoint départemental d'hygiène des Haultes-Alpes, est nommé directeur du bureau d'hygiène de Dieppe.

Mlle le docteur Laporte est nommée inspectrice adjointe départementale d'hygiène des Hautes-Alpes.

COURS

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur F. Rathery).

Cours de perfectionnement sur les maladies des reins du 12 au 24 juin 1939. — Ce cours sera fait par M. le Professeur Rathery, avec la collaboration du Professeur Chevassu, chirurgien de l'hôpital Cochin, des docteurs Boltanski, Julien Marie, Mollaret, Derot, médecins des hôpitaux, du docteur Froment, assistant, et du docteur Doubrow, chef de laboratoire.

Programme des cours. — Les théories de la sécrétion rénale ; les grands syndromes : albuminurie, polyurie et diabète insipide, anurie acidose rénale, œdèmes, les accidents nerveux de l'urémie ; *les méthodes d'exploration rénale :* Sécrétion de l'eau, du NaCl et des substances minérales, des corps azotés, des lipides et des glucides, des substances colorantes ; *les méthodes d'exploration chirurgicale du rein en pathologie rénale ; les classifications des néphrites :* Les lésions anatomo-pathologiques types ; *les néphrites aiguës :* Néphrite mercurielle, néphrites infantiles, la syphilis rénale, la tuberculose rénale ; *les différents types cliniques des néphrites chroniques :* Néphrites avec hypertension, néphrites avec œdème, néphrites avec azotémie, la néphrose lipoïdique, l'amylose rénale ; *la thérapeutique des néphrites :* Les régimes.

Exercices pratiques sous la direction du docteur Doubrow et de M. de Traverse, chefs de laboratoire.

Droit d'inscription, 500 fr. Inscription au Secrétariat de la Faculté de médecine.

Cours de la clinique.

Lundi 19 juin. — 9 h. : M. Ferroir. Leçon de sémiologie rénale.

Mardi 20 juin. — 9 h. : M. Duperrat. Leçon de sémiologie pulmonaire ; 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Mercredi 21 juin. — 9 h. : Mme Hyon-Jomier. Leçon de sémiologie digestive ; 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies du rein.

Jeudi 21 juin. — 9 h. : M. de Traverse. Leçon de chimie biologique ; 10 h. 30 : M. Rathery. Leçon de clinique : cancer du pancréas et diabète.

Vendredi 23 juin. — 9 h. : M. Turiaf. Leçon de sémiologie cardiaque ; 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Samedi 24 juin. — 9 h. : M. Bargeton. Leçon de sémiologie rénale et endocrinienne.

REVUE GENERALE

COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA PNEUMONIE

Par A. DUMOND et G. DEPLANTE,
Internes des hôpitaux de Lyon.

(*Fin*) (1)

III. — Complications psychiques. — Il y a souvent au début de la pneumonie, surtout chez l'enfant, un épisode délirant, soit calme et tranquille, soit avec agitation, qui fait partie, étant donnée sa fréquence et sa bénignité, de la symptomatologie générale de l'affection. Il ne doit pas être envisagé comme une complication.

Mais il existe des manifestations psychiques qui comportent elles-mêmes un pronostic spécial et qui, de ce fait, méritent d'être individualisées en tant que complications de la pneumonie.

A tout seigneur, tout honneur : nous étudierons d'abord :

1. *Les délires de l'alcoolique* qui sont particulièrement fréquents et graves. L'extension de l'alcoolisme, la fragilité pulmonaire de ces intoxiqués, sont sans doute les raisons de la fréquence de ce que Magnus Hüss avait nommé :

« La pneumonie des buveurs ».

Toute infection est capable de déclancher des troubles psychiques chez l'alcoolique; mais c'est à la pneumonie lobaire aiguë que revient sans conteste la première place.

Il s'agit parfois de simples troubles délirants avec agitation légère, qui sont transitoires et ne comportent pas de pronostic fâcheux. Ils sont assimilables aux troubles qui peuvent se voir chez un pneumonique indemne de toute intoxication antérieure.

Dans d'autres, le délire s'installe, dure pendant toute la période d'état, et ne décroit que lentement après la défervescence. La persistance de ces troubles témoignent d'une intoxication éthylique extrêmement marquée; et souvent, ces sujets font, plus tard, de véritables démences qui nécessitent leur internement.

Mais trop souvent, on assiste à l'apparition d'un « Delirium tremens ». Ce nom a été donné par Sutton en 1813 à une psychose aiguë, avec agitation psychomotrice considérable, évoluant chez les alcooliques.

Dès le début de la pneumonie, le délire s'installe. C'est d'abord une loquacité, une agitation perpétuelle, avec un état confusionnel manifeste. Le malade ne reconnaît déjà plus les personnes de son entourage.

Puis surviennent des hallucinations terrifiantes et du délire professionnel. La parole est incohérente. Dans un état d'agitation effrayante, le malade répète indéfiniment à voix forte le même mot, pousse des cris, essaye de se lever.

On le maintient à grand'peine dans son lit. On note à l'examen un visage congestionné, vultueux, du tremblement des mains, une sudation abondante, un léger subictère des conjonctives.

En même temps, la dyspnée du début s'est atténuée; très souvent le malade n'a aucune expectoration, ce qui réduit au minimum les symptômes pulmonaires fonctionnels. La température est à plus de 40° (Jurgensen a constaté 42° chez un malade).

Il y a de l'albuminurie, des urines foncées, peu abondantes. En raison de tous ces signes, le diagnostic de délire alcoolique est donc facile.

D'ailleurs, les anamnestiques fournis par l'entourage, ou même, la constatation d'un foie cirrhotique, auraient vite fait de venir confirmer l'étiologie toxique de ces délires aigüs. Mais trop souvent les signes pulmonaires font défaut, la scène pulmonaire fonctionnelle est, nous l'avons vu, à peine marquée, et la localisation du bloc pneumonique au lobe supérieur, avec des signes physiques difficiles à mettre en évidence, rendent souvent le diagnostic de pneumonie très difficile en présence d'un délire alcoolique aigu. D'autant que la température n'est pas toujours typique. Seule la radiographie au lit du malade permet le diagnostic dans ces cas où l'examen clinique est uniquement impuissant à localiser le foyer d'hépatisation.

Dans 60 % des cas au moins, l'évolution est fatale, le malade devient prostré, adynamique, le pouls irrégulier et le coma terminal s'installe.

Chez d'autres sujets la thérapeutique semble efficace, le délire diminue d'intensité. C'est le rétablissement du sommeil qui vient annoncer alors la guérison. Les troubles délirants ne disparaîtront qu'avec la défervescence.

2. *Le délire pneumonique en dehors de l'alcoolisme.* Il est banal d'observer de la prostation chez un pneumonique.

Mais il est possible, comme l'a montré Mme Billiet, que l'on assiste à l'évolution d'une pneumonie à forme psychique avec mutisme et délire tranquille en dehors de toute intoxication antérieure.

En général, ces troubles se voient chez des prédisposés et disparaissent à la défervescence. Mais parfois ils persistent, et peuvent même laisser des séquelles psychiques.

On devra les redouter tout particulièrement, lorsque l'on retrouve dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade la notion d'une affection psychiatrique, qu'il s'agisse d'une démence ou simplement d'un état maniaque passager.

En somme, ces complications psychiques n'affectent de gravité que chez les alcooliques ou les prédisposés, à l'hérédité chargée. Elles n'ont pratiquement aucune importance chez un sujet sain, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte.

IV. — Autres complications nerveuses. — Il reste un certain nombre de faits qui ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes tracés du fait de leur symptomatologie différente.

1° Nous ne ferons que signaler la *chorée* de Hutington ou les syndromes *tétaniques* que la pneumonie serait capable de déclancher quelquefois (Babonneix, Siredey et Lemaire).

(1) Voir *Gaz. Hôp.* N° 46, du 10 juin 1939, p. 809.

2° De même, la *parésie du bras* correspondant au côté du foyer pneumonique n'est pas une véritable complication, car il ne s'agit pas de phénomènes paralytiques vrais, et, d'autre part, elle régresse toujours.

3° Plus intéressants, sont les *syndromes extra-pyramidaux*, à disposition hémiplégique que Comby, puis Mouriquand ont décrits au cours de la pneumonie infantile. Ce sont des hémi-tremblements, des hémi-contractures, qui débutent pendant la période d'état, et ne régressent qu'après la défervescence. Il n'y a naturellement aucune modification des réflexes tendineux.

Leur pathogénie est la même que celle de l'hémiplégie pyramidale : il s'agit d'une encéphalite infectieuse, mais elle reste dans ces cas localisée à la région thalamo-hypothalamique.

Pas plus que les autres encéphalites infectieuses, celles-ci ne laissent derrière elle des syndromes parkinsoniens.

4° Enfin, une pneumonie peut s'accompagner de véritables crises d'*épilepsie*, à différencier naturellement de la forme convulsive qui se voit fréquemment chez l'enfant, surtout au moment des dénivellations thermiques du début et de la fin de la maladie.

Il s'agit de véritables crises comitiales qui continueront à évoluer par la suite. Les encéphalites pneumoniques sont-elles capables de créer des lésions suffisantes pour déclancher l'évolution de la « maladie épileptique » ? C'est un point que rien ne nous permet de résoudre, en l'état actuel de nos connaissances. Constatons seulement la rareté de ces faits, d'une part, et la fréquence de l'épilepsie, d'autre part, ce qui n'est guère en faveur de l'hypothèse que nous soulevions.

Tels sont donc les différents aspects que peuvent revêtir les complications nerveuses de la pneumonie.

Leurs substratums anatomiques, si différents suivant les cas, expliquent cette diversité.

Leur évolution permet d'ailleurs de les classer en :

I. Complications graves, le plus souvent mortelles, qui sont au nombre de trois :

La méningite purulente à pneumoccoque;
L'hémiplégie pneumonique du vieillard;
Le délire de l'alcoolique.

Elles se voient chez des sujets affaiblis ou tarés et ne sont pratiquement pas à craindre chez un individu sain, n'ayant pas de tare héréditaire ou acquise.

II. Complications sérieuses, mais ne mettant pas en danger la vie du malade. Ce sont :

La méningite séreuse;
L'encéphalite pneumonique;
La polynévrite post-pneumonique.

Elles sont sérieuses, car elles retardent souvent de plusieurs mois la reprise de l'activité normale du sujet et de plus, elles peuvent laisser derrière elles des séquelles dont heureusement la rareté diminue l'importance.

3° Enfin, il existe des *complications bénignes* ne modifiant pas le pronostic de la pneumonie. C'est ainsi que :

Le méningisme,
Les convulsions de l'enfant,

Les délires de la période du début, s'ils affolent parfois l'entourage, laisseront au médecin une impression favorable sur la terminaison de la maladie.

THERAPEUTIQUE

Contre toutes ces manifestations nerveuses qui peuvent survenir au cours ou au décours de la pneumonie, sommes-nous capables de lutter avec efficacité ?

Et d'abord, une première question :

1° *Peut-on prévenir ces complications chez un pneumonique ?*

La question ne se pose même pas pour les complications précoces. On ne peut prévenir le mal que dans la mesure où on le soupçonne ! D'autre part, la rareté relative des complications tardives ne permet pas la prescription préventive systématique chez un pneumonique, de strychinne ou d'urotropine, par exemple.

Il est d'ailleurs vraisemblable qu'elle serait le plus souvent, sans effet.

2° *L'apparition d'une complication nerveuse doit-elle modifier la thérapeutique de la pneumonie elle-même ?*

Il faut encore répondre par la négative. Quelle que soit la complication, on ne doit jamais négliger le traitement de base, qui, souvent d'ailleurs, agira à la fois sur le bloc pneumonique et sur la complication pneumococcique.

3° *Quelle est donc la thérapeutique proprement dite de ces complications ?*

Nous ne voulons pas reprendre chacune d'elles, mais nous donnerons simplement quelques indications pour le traitement de :

a) La méningite séreuse;
b) L'encéphalite pneumonique;
c) La polynévrite;
d) Le délire alcoolique,

qui, seuls, peuvent vraiment bénéficier de l'action du thérapeute.

Au contraire, les méningococcémies méningées restent au-dessus de nos ressources et les complications bénignes guérissent d'elles-mêmes.

a) Méningite séreuse. — Elle bénéficie souvent des ponctions lombaires répétées qui retirent de petites quantités de liquide; mais surtout, on laissera le malade au calme avec une vessie de glace sur la tête. On prescrira, s'il y a lieu, des lavements évacuateurs. Enfin, on pourra y associer des injections intra-veineuses de salicylate de soude, d'urotropine ou d'iodure de sodium.

Le chloral permettra de calmer les céphalées et les contractures.

b) L'encéphalite pneumonique relève de la même thérapeutique que l'encéphalite léthargique, c'est-à-dire des anti-infectieux. La meilleure voie d'administration est la voie intra-veineuse.

L'urotropine à la dose de 1 gr. 50 par jour est préconisée par Cusching, qui pense que le médicament est capable de dyaliser jusque dans les cellules nerveuses.

Le salycilate de soude (Carnot et Blamoutier) est utilisé à la dose de 4 gr. par jour, mais il a le gros inconvénient de scléroser les veines. Pour rendre les injections moins douloureuses, on utilisera le mélange classique :

Salicylate de soude
Glucose : a a 1 gr.
Eau distillée : q. s. p. 10 cc.

Von Œconomo prône l'*iodure de sodium* à doses progressives, allant de 2 gr. à 8 gr., la dose totale ne devant pas dépasser 60 à 80 gr. On utilise une solution à 5 %.

Enfin, on a essayé l'arsylène, la trypaflavine, l'électragol, etc.

Il est bien difficile d'apprécier la valeur respective de ces différents médicaments.

c) Les polynévrites commandent trois thérapeutiques simultanées :

— *anti-infectieuse :* urotropine, salicylate, iodure de sodium;
— *analgésique :* aspirine, pyramidon, antipyrine;
— *stimulante :* sulfate de strychine
2 à 5 granules de 1 milligramme chaque jour

qu'on peut associer à une préparation phosphorée, et que l'on poursuivra tant que les réflexes tendineux n'auront pas réapparus.

d) Les délires alcooliques nécessitent des soins très particuliers. L'isolement, la surveillance de ces malades est indispensable.

Les sédatifs, comme le bromure (4 à 5 gr.) ou le chloral (5 à 10 gr.) seront donnés à haute dose. On s'abstiendra du somnifère qui, chez ces sujets hyperthermiques, peut provoquer des accidents très graves.

Par contre, le chlorydrate de morphine sera indispensable et aurait même pour certains une action heureuse sur l'évolution de l'affection.

Mais surtout on utilisera :

La strychnine, dont l'action sur le « Délirium tremens » a été trouvée par Luton en 1837; elle est de nouveau à l'honneur (Flandrin et Bernard, Cossa et Bougeant).

Il faut injecter jusqu'à 8 centigrammes par 24 heures chez ces alcooliques, dont la tolérance est remarquable vis-à-vis de ce toxique, qui se comporte comme s'il était un antagoniste de l'alcool.

Les extraits hépatiques totaux qui luttent contre l'intoxication massive du foie, seront toujours prescrits et injectés à hautes doses durant tout le cours de l'affection.

Nous terminerons en montrant que certaines thérapeutiques agissent à la fois sur la pneumonie et sur ses complications :

Telles est l'action des sulfamides, dont l'action remarquable a si bien été mise en évidence ces temps derniers.

L'abcès de fixation reste une bonne méthode qui garde sa valeur dans les cas très graves. Son action conjuguée sur les phénomènes pulmonaires et sur les complications nerveuses en fait une thérapeutique qu'on ne doit jamais négliger dans les formes graves.

***

De cette étude, nous pouvons tirer une *Conclusion générale :* Les faits cliniques ne changent pas, seule leur interprétation pathogénique varie et progresse.

C'est là, nous semble-t-il, que réside l'intérêt pratique d'une question de cet ordre : ce n'est qu'en partant de considérations pathogéniques abstraites que l'on peut aboutir à des moyens thérapeutiques efficaces et donner ainsi aux malades tout ce qu'ils peuvent exiger d'un médecin consciencieux.

Bibliographie

Babonneix. *La Pédiatrie*, 25 mars 1912 : « Chorée symptomatique au cours d'une pneumonie franche ».

Bernheim et Bonnefoy. *La Pédiatrie*, 1934 : « Encéphalite aiguë au cours d'une pneumonie infantile ».

Bonaba, Vizano-Pizzi et Cantonet. *Société de Pédiatrie de Montevideo* : « Encéphalite post-pneumonique ».

Boulloche. *Thèse*, Paris 1892 : « Les paralysies pneumoniques ».

Billiet (Mlle). *Thèse*, Lyon 1927 : « Formes anormales de la pneumonie franche chez l'enfant ».

Chappet. *Thèse*, Lyon 1909 : « Contribution à l'étude de la pathogénie des hémiplégies pneumoniques ».

Comby (Mlle). *Thèse*, Paris 1935 : « Syndromes encéphalitiques au cours des maladies infectieuses de l'enfance ».

Cossa, Bougeant, Puech et Sassi. *Annales Médico-psychologiques* 1938 : « Le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine ».

Dumond et Deplante. *Société Nationale de Médecine et de Sciences*, mai 1938 : « Un cas d'encéphalo-myélite pneumonique ».

Grisolles. « De la Pneumonie. »

Guillain et Vincent. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1910.

Halipre et Delabrousse. *Revue Médicale de Normandie*, 10 juin 1909 : « Signes de méningite au cours de pneumonie, Aucune lésion méningée à l'autopsie. »

Klippel Maurice. *Thèse*, Paris 1889 : « Les amyotrophies dans les maladies générales chroniques ».

Leroux. *Société de Pédiatrie*, 3 juin 1899 : « Pneumonie du sommet et hydrocéphalie ».

Lesieur et Froment. *Revue de Médecine* 1911 : « Des hémiplégies pneumoniques. Etude critique de leur pathogénie. »

Mouriquand et Ravaut. *Lyon Médical* 1923 : « Notes sur le méningisme infantile ».

Mouriquand, Bernheim et Boucomont. *Presse Médicale* 1933 : « Encéphalite aiguë dans la pneumonie infantile ».

Nobécourt. « Affections de l'appareil respiratoire de la clinique médicale des enfants. » 1921 : « Réactions encéphalo-méningées dans la pneumonie et la B. P. des enfants. »

Petero. *Province Médicale*, 1902.

Piaggo Garzon. *Société de Pédiatrie de Montevideo* 1934 : « Méningo-encéphalites post-pneumoniques ».

Rispal et Verbizier. *Province Médicale* 1909 : « Encéphalite aiguë hémorragique et pneumococcémie ».

Renon et Géraudel. *Archives générales de Médecine*, 1903 : « Névrites post-pneumoniques ».

Roussel. *Thèse*, Paris 1896 : « Contribution à l'étude des paralysies pneumoniques ».

Savy. Traité de Thérapeutique 1938.

Siredey et Lemaire. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 17 mai 1904 : « Tétanie au cours d'une pneumonie ».

Weill, Mouriquand et Dufourt. *Lyon Médical* 1914 : « Pneumococcémie avec méningite ».

CHRONIQUE

LES RÉCEPTIVITÉS AUX MALADIES

« S'il est possible », déclarait en 1637 le plus grand des philosophes français, « de trouver quelque moyen « de rendre communément les hommes plus sages et « plus habiles qu'ils n'ont été jusqu'ici, je crois que « c'est dans la médecine qu'on doit le chercher ». Cette assertion, qui oserait la discuter aujourd'hui ? N'offre-t-elle point les caractères de l'évidence ? Les géniales découvertes d'un Pasteur, d'un Röntgen, d'un Curie, n'ont-elles pas rouvert aux malades les routes de l'espérance ?

Et pourtant, « il n'y a personne, même de ceux qui « en font profession, qui n'avoue que tout ce qu'on y « sait n'est presque rien à comparaison de ce qui reste « à savoir ». Et, dans ce qu'on sait, combien d'obscurités et de contradictions ! Vous intéressez-vous à la bactériologie ? Méditez alors ces lignes écrites, il y a plus de trente ans, par le prof. F. Widal : « Nous som- « mes déjà loin du temps où l'on voulait édifier l'his- « toire de toutes les infections à l'image du charbon, « dont l'étiologie, en raison de sa simplicité même, a, « pendant un temps, pesé un peu trop lourdement sur « la pathogénie des maladies microbiennes ; » (1) songez à certains échecs des sérothérapies et des vaccinothérapies ; évoquez les objections que de grands esprits ont formulées contre la théorie de la spécificité, le bacille n'étant plus, selon l'expression de Maurice Nicolle, qu'une « mosaïque de pouvoirs ». Est-ce l'expérimentation qui a vos préférences ? Elle oublie trop délibérément toute la différence qui sépare l'homme du cobaye pour que l'on puisse appliquer à celui-là les conclusions auxquelles conduit l'étude de celui-ci. Mêmes réflexions au sujet des données étiologiques classiques. « Des personnes à qui je défère et dont l'au- « torité ne peut guère moins sur mes actions que ma « propre raison sur mes pensées » m'ont amicalement reproché certain article sur la tuberculose paru ici-même (2). Ne voit-on pas cependant des auteurs comme le prof. Bezançon se demander si, dans la conception que nous nous formons de cette maladie, nous ne faisons pas fausse route, comme M. Ameuille et Mad. Dubois-Verlière (3), si, dans sa propagation, la contagion, que, d'ailleurs, ils se gardent bien de nier, que personne ne nie, explique tout ? Elevons encore le débat. Pourquoi les affections dites contagieuses épargnent-elles certains sujets pour ne frapper que certains autres ? Que dire enfin de la thérapeutique, qui pêche, tantôt par timidité, se cantonnant dans une *expectative désarmée,* tantôt par excès d'audace, et qui, par ailleurs, n'agit que sur le symptôme, alors qu'elle devrait s'attaquer à la cause, si, comme le soutenait déjà Hippocrate (*Œuvres complètes,* trad. Littré, Paris, in-8°, VI, 21), « connaître la cause des ma- « ladies et y appliquer un traitement qui les empêche « de grandir est un savoir de même ordre » ? Mais comment agir sur cette cause quand, comme c'est le cas le plus habituel, on l'ignore, et qu'on peut répéter avec Voltaire : « Nous ne savons le pourquoi de rien ? »

« Considérant combien il peut y avoir de diverses « opinions touchant une même matière, qui soient « soutenues par des gens doctes, sans qu'il y en puisse « avoir jamais plus d'une qui soit vraie, *réputons donc* « presque pour faux tout ce qui n'*est* que vraisembla- « ble » ; disons-nous que « pour toutes les opinions... « reçues jusqu'alors en notre créance, *on* ne *peut* « mieux faire que d'entreprendre une bonne fois de « les en ôter, afin d'y en remettre par après ou d'au- « tres meilleures, ou bien les mêmes, *lorsqu'on les aura* ajustées au niveau de la raison ». Autrement dit, jetons par terre la plupart des notions qui nous ont été enseignées à l'école, et après avoir détruit, reconstruisons, en ayant soin « d'éviter soigneusement « la précipitation et la prévention et de ne compren- « dre rien de plus en *nos* jugements que ce qui se « présenterait si clairement et si directement à *notre* « esprit que *nous n'eussions* aucune occasion de le mettre en doute ».

Tel est le raisonnement que s'est tenu M. Jacques Ménétrier (1), et il n'a pas été long à s'apercevoir que si nombre de théories classiques ne constituent qu'un « chaos d'idées claires », si elles rappellent de trop près le *système lacunaire* des histologistes, c'est parce qu'elles ne tiennent aucun compte du terrain. Et pourtant, ce n'est pas d'hier que l'on connaît son importance, puisque Hippocrate la signalait déjà (2) et (3). C'est lui qui fait qu' « on est *soi,* et non un autre » (Ch. Richet) (4). C'est lui qui explique tant de faits apparemment inexplicables. Pour être malade, une condition est nécessaire et suffisante : un « état constitutionnel », un terrain *réceptif.* Sans cette notion, comment comprendre quoi que ce soit aux caprices des infections, aux mystères de la contagion, aux insuffisances de la thérapeutique ? Comment interpréter l'anaphylaxie et l'immunité ? Comment se faire une idée de certaines affections, qu'elles touchent l'appareil circulatoire : anémies, hémogénie, hémophilie ; le système nerveux : névroses, psychoses, etc.;

---

(1) F. Widal. Streptococcies, *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique,* Paris, 1906, in-8°, t. X, p. 5.

(2) L. Babonneix. Conceptions de M. Auguste Lumière sur la tuberculose. *Gazette des hôpitaux,* n° 100, 14 décembre 1938, p. 1612-1614. Notons que le Dr Jousset dont il est question dans cet article est le Dr Pierre Jousset et non le Dr André Jousset.

(3) Cités par J. Noir. La question toujours controversée de la contagion de la tuberculose. *Concours médical,* n° 11 *bis,* 15, mars 1939, p. 751-752.

---

(1) Jacques Ménétrier. Considérations sur les réceptivités aux maladies. Th. Paris, 1939, in-8° de 113 p.

(2) et (3) Cf., en particulier, les chapitres suivants sur la *Constitution du corps :* Les constitutions qui se ressentent promptement et fortement des écarts sont plus faibles que les autres. *Œuvres d'Hippocrate,* traduction Littré, Paris, in-8°, I, 597. — Différence entre une constitution et une autre, *Id,* III, 441. — Différence des constitutions quant à la force de résistance. *Id.,* III, 539. — Constitution individuelle, vers quelle maladie elle tend, *Id.,* V, 489, par. 8. — Ses rapports avec diverses constitutions de maladies, V. 499, par. 16. — La constitution naturelle est le point de départ du raisonnement en médecine, *Id.,* VI, 279, par. 2. — La nature humaine dans ses rapports avec la médecine, *Id.,* VI, 33. — Pronostic tiré du rapport entre la maladie et la nature du malade, *Id.,* V, 481, par. 34. — La nature humaine : la connaître pour écrire un traité sur le régime, *Id.,* VI, 469.

(4) In J. Héricourt. Le terrain dans les maladies, Paris, 1927, in-18 de 148 p. Préface.

(5) Cf. aussi P. Delore. Tendances de la médecine contemporaine. La médecine à la croisée des chemins, Paris, 1936, in-8°, 226 p. — *Id.,* Médecine du terrain et maladies de caractère familial, *Presse médicale,* n° 27, 5 avril, p. 517-519.

l'appareil digestif : colites, dysenterie ? Comment admettre que les maladies professionnelles ne frappent qu'une partie des sujets soumis à l'action d'un même agent morbide ? Dans le développement de certaines dermatozes (Bazin ((), Hardy (2), Brocq (3), Gaucher (4), de la tuberculose pulmonaire (A. Robin (5), E. Sergent (6), du cancer (A. Brault (7), comment nier l'intervention de la même cause ? Le prof. Roger n'a-t-il pas écrit : « Ce qui est spécifique, ce n'est pas la maladie : c'est le terrain sur lequel elle évolue » ?

Reste à définir ce terrain. Tâche difficile qui, sans doute, nécessitera le travail en commun de chercheurs bien outillés, qui n'est pas près d'aboutir, mais dont on peut, d'ores et déjà, tracer les grandes lignes ! Le terrain est fait de *réceptivités locales*. Pour les analyser, étudions les *circulations locales*, déjà invoquées par Bourceret, adressons-nous aux méthodes nouvelles, qu'elles soient empruntées à la physico-chimie : étude des catalyseurs métalliques : cobalt, cuivre, manganèse, nickel, à la morphologie, à la génétique, à l'anatomie et à la physiologie pathologiques, à la biologie. Déterminons, par des expériences bien conduites, la nature de ces *terrains locaux*, de ces zones, sensibles ou réfractaires (immunités locales de Besredka), qui, sous des influences diverses, vago-sympathiques, endocriniennes ou autres, se créent en un point particulier de l'organisme. Voyons, maintenant que la science nous a appris à compter les ions, si vraiment, comme le soutenait Asclépiade, « la maladie est un « état contre nature produit par les mouvements irréguliers des atomes » (8). Ne dédaignons pas, non plus, les renseignements que peuvent nous fournir l'homéopathie, la radiesthésie, l'acupuncture et même l'ostéopathie. Frappons à toutes les portes. Multiplions les sondages. Assurément, nous n'arriverons pas ainsi à la connaissance des causes premières qui, selon Claude Bernard, nous resteront éternellement cachées. Nous n'en aurons pas moins fait progresser la science, s'il est vrai, comme l'affirme le même physiologiste, que « le progrès réel consiste toujours à changer « une théorie ancienne qui renferme moins de faits « contre une nouvelle qui en renferme davantage ».

Telle est, en substance, la thèse de M. Jacques Ménétrier. Comment ne point en marquer les qualités : la hardiesse, qui le pousse à affirmer (p. 23) que « la médecine actuelle est dans une impasse », et à nous proposer, avec toutes sortes de *libertés grandes*, le moyen de l'en faire sortir ; l'originalité, qui l'engage hors des sentiers battus ; la loyauté, aussi utile dans les luttes de l'esprit que dans les combats du corps ? Ajoutons-y une modestie telle qu' « au juge- « ment qu'*il fait* de *lui-même, il* tâche toujours de « pencher vers le côté de la défiance que vers celui « de la présomption » ; le sens critique, « la plura- « lité des voix n'*étant* pas une preuve qui vaille rien « pour les vérités un peu malaisées à découvrir » ; la méthode cartésienne, enfin, dont il est tout imprégné (encore qu'elle ne soit pas pour le travail en équipe (1) et qui l'oblige, sinon à « demeurer toute la jour- « née dans un poêle », pour « avoir tout le loisir de « *s'entretenir* de *ses* pensées », du moins à s'efforcer de connaître « quelles choses sont requises pour aller « plus avant en la recherche de la nature ».

L. BABONNEIX.

(1) BAZIN. Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées, Paris, 1862, in-8°, p. 321.

(2) HARDY. Traité pratique et descriptif des maladies de la peau, Paris, 1886, in-8°.

(3) L. BROCQ. Traité élémentaire de dermatologie, Paris, 1898, 2 vol. in-8°.

(4) E. GAUCHER. Titres et travaux scientifiques, Paris, 1902, in-4°, Introduction.

(5) et (6) A. ROBIN a insisté sur la déminéralisation générale ; E. SERGENT, sur la décalcification. Pour les recherches d'ALBERT ROBIN, cf. ALBERT ROBIN et MAURICE BINET. Conditions du terrain dans la tuberculose pulmonaire, Paris, 1901, in-8°. — *Id.* Les indications prophylactiques et thérapeutiques de la phtisie pulmonaire fondées sur la connaissance du terrain. *Bulletin Académie de médecine*, Paris, 1902, XIVII. — Pour les travaux du prof. E. SERGENT, cf., son article *Tuberculose*, dans le *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Paris, 1924, in-8°, t. XVII, I, p. 32-38.

(7) A. BRAULT. Le terrain cancéreux. A propos des diverses méthodes du traitement du cancer, *Monde médical*, 1-15 juin 1932, n° 811, p. 652-661.

(8) L. HECHT. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Maladies, Paris, 1871, t. IV.

(1) « Souvent, il n'y a pas tant de perfection dans les « ouvrages composés de plusieurs pièces, et faits de la « main de plusieurs maîtres, qu'en ceux auxquels un seul a travaillé ». DESCARTES. *Discours de la méthode*, Paris, 1637, 2e partie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 12 *juin.* — Jury : MM. Lemierre, Lœper, de Gennes, Haguenau. — M. FRANCHEL. Obésites et adiposites endocriniennes. — M. LACLYDE. La typologie dans ses rapports avec la prédisposition et la résistance à la tuberculose.

Mercredi 14 *juin.* — Jury : MM. Gosset, Mondor, de Gaudart d'Allaines, Leveuf. — Mlle TATOUT. De la gangrène cutanée progressive post-opératoire (Deux observations nouvelles). — M. DI CHIARA. Les avortements à perfringens.

Jeudi 15 *juin.* — Jury : MM. Balthazard, Laignel-Lavastine, Tanon, Duvoir. — M. ALBERT. De l'hygroma professionnel du genou. — M. MOURY. Le problème médical des habitations insalubres. — M. CORCOS. Contribution à l'étude de l'intoxication professionnelle par les crésols. — M. STERIMBAUM. Toxicomanie et déficience mentale. — M. MOUSSET. La désinfection dans les sanatoria. — Mlle SALMON. Sur le syndrome humoral de l'hypothyroïdie.

Samedi 17 *juin.* — Jury : MM. Carnot, Guillain, Mocquot, Mollaret. — M. BADIE. Etude critique des stades de la tuberculose suivant la conception de Ranke et plus particulièrement des congestions pulmonaires aigües de la deuxième période. — M. ANQUETIL. Contribution à l'étude des fragilités osseuses chez l'adulte. — M. LÉVY. Contribution à l'étude de la technique et de la tactique opératoires de l'hystérectomie totale.

THESES VETERINAIRES

Lundi 12 *juin.* — Jury : MM. Léon Binet, Panisset, Robin. — M. GRAVIÈRE. Essai sur la rupture de la barrière hémato-encéphalique.

Lundi 12 *juin.* — Jury : MM. Léon Binet, Lesbouyries, Maignon. — M. BARRUCAUD. Jodo-carence chez les bovins.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS ET LES MÉDECINS AUXILIAIRES MOBILISÉS

Le bureau de l'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris, 8, rue Dante, Paris 5e, communique :

« *L'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris,* reconnue d'utilité publique, a fait connaître le 30 avril dernier par la voie de la presse les démarches entreprises par elle en faveur des médecins-auxiliaires rappelés sous les drapeaux depuis mars 1939. Son délégué permanent, Maurice Mordagne, qui a toujours défendu auprès des Pouvoirs Publics et du Parlement la doctrine de l'*Association Corporative* en ce qui concerne le statut militaire des étudiants en Médecine, a reçu le meilleur accueil des personnalités compétentes. Il prie les camarades qui ont repris l'uniforme de médecin-auxiliaire de faire confiance aux autorités qui comprennent leurs doléances et à ceux qui défendent leurs intérêts. Les décisions qui peuvent être prises à leur sujet exigent de longues études d'ordre général et doivent tenir compte des nécessités du Service.

M. Mordagne rappelle que la nomination des médecins-auxiliaires de réserve au grade de médecin sous-lieutenant de réserve n'est prononcée que dans la limite des places vacantes et des crédits budgétaires. Les candidats à ce grade doivent faire leur demande de nomination avant le 1er septembre, ou au plus tard le 15 octobre pour ceux libérés du service actif à cette date, et les promotions paraissent au début de juillet suivant.

Le délégué permanent de l'Association Corporative a *reçu du Ministre de la Guerre une lettre* précisant que *le nombre des médecins-auxiliaires de réserve candidats au grade de médecin sous-lieutenant de réserve au titre de* 1939, *est nettement supérieur à celui des nominations prévues.* Quant aux *médecins-aspirants,* la loi du 19 juin 1937 ne permet de nommer à ce grade que des docteurs en médecine ou des internes titulaires des hôpitaux d'une ville de Faculté nommés au Concours et titulaires de 16 inscriptions de doctorat : le nombre en est limité comme celui des Médecins sous-lieutenants.

La lettre ministérielle déclare enfin que la *situation des docteurs en médecine, médecins-auxiliaires de réserve, rappelés ou maintenus sous les drapeaux fait actuellement l'objet d'une étude d'ensemble.*

Le Bureau de l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris* est heureux de porter ces nouvelles à la connaissance des nombreux médecins-auxiliaires actuellement sous les drapeaux.

Vacances de Noël sur la côte d'Azur. — Le 26 décembre 1939 commencera, comme de coutume, le voyage organisé par la *Société médicale du Littoral Méditerranéen.* Départ de Cannes, visite de Grasse, Antibes, Nice, Monaco et les Stations de la Corniche, retour à Nice le premier janvier. Excursions dans les Alpes et la Corse. Inscriptions, 24, rue Verdi à Nice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 30 MAI 1939.

Sur un antigène sensibilisant extrait du bacille tuberculeux. — Mlle NINE CHOUCROUN.

Comparaison chez les animaux neufs et immunisés des réactions histiocytaires dans les lésions expérimentales provoquées par le charbon bactéridien. — MM. ALBERT PEYRON, ANDRÉ STAUB et GUY POUMEAU-DELILLE.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 13 JUIN 1939.

Eloge de Marcel Labbé. — M. FERNAND BEZANÇON prononce un très bel et très émouvant éloge du bien regretté Marcel Labbé.

La lutte contre l'alcoolisme. — M. JULES RENAULT avait apporté dans la séance du 25 mai, un rapport au nom de la Commission de l'Alcoolisme.

Après une très vigoureuse intervention de MM. SIEUR, ACHARD, RIST, MARTEL et GUÉRIN, les conclusions de ce rapport sont adoptées à l'unanimité. En voici le texte :

« L'Académie demande instamment aux Pouvoirs publics :

« 1° L'application stricte des lois et règlements existant, mais trop souvent négligés, concernant d'une part, l'installation des débits de boissons alcoolisées et, d'autre part, les heures d'ouverture de ces débits ;

« 2° Une réduction importante et rapide du nombre de ces établissements en France ;

« 3° Une réglementation nouvelle des jours et heures d'ouverture de chaque débit ;

« 4° La fermeture des débits dans certaines circonstances telles que grèves et élections. »

L'Académie demande d'autre part une modification au régime des bouilleurs de cru, un enseignement anti-alcoolique officiel et de plus, la recherche et le dosage obligatoire de l'alcool dans le sang (ou l'urine, etc.) à l'occasion des crimes, des rixes et des accidents de la circulation.

L'infectation des Anophèles. — M. E. MANOUSSAKIS (Athènes) a constaté par la gastroscopie des anophèles capturés régulièrement ou entretenus dans son laboratoire les réveils d'activité hématophage et leurs causes dues à l'épuisement de leurs réserves nutritives et aux besoins de la fonction génitale. Les femelles font plusieurs pontes successives, d'où la nécessité de plusieurs repas sanguins. L'adipose hibernale est nécessaire pour la persistance des anophèles. Les facteurs météorologiques semblent prévus par eux. L'indice d'agressivité diminue fortement dans les régions à arbres fruitiers, les anophèles suçant les sucs des fruits.

Si les femelles hibernantes se réveillent en saison défavorable (pluies abondantes, gels), les premières pontes périssent. Les espèces d'insectes se réveillent d'ailleurs à des dates différentes, et entretiennent ainsi le paludisme. La virulence du Plasmodium est très accrue par la durée prolongée de la vie active des femelles, cette durée étant commandée par les conditions hydrologiques hivernales, printanières ou estivales de chaque région. (Note présentée par M. H. VINCENT).

L'élimination du virus poliomyélitique par les matières fécales. — MM. KLING, OLIN, MAGNUSSON et GARD ont réussi à démontrer expérimentalement, la présence dans les matières fécales d'un sujet présentant des symptômes frustes de la maladie de Heine-Medin (le 3e jour de la 2e attaque de la maladie), d'un virus poliomyélitique assez virulent pour provoquer chez le singe (*Macacus cynomolgus et rhesus*), une maladie typique.

La suite des expériences a encore montré que la virulence du produit paraît détruite rapidement. Et ce fait amène les auteurs à rappeler que dès 1931, Levaditi, Kling et Lépine ont constaté qu'un simple contact avec les fèces du singe peut diminuer ou supprimer la virulence d'une émulsion de moelle.

La question des principes virulicides des *excreta* sur le virus poliomyélitique seuls ou en combinaison avec l'éther doit donc être l'objet d'une étude approfondie à laquelle se proposent de s'attacher les auteurs. (Note présentée par M. LEVADITI).

Sur l'influence de différents produits, étudiés comme facteurs énergétiques de croissance microbienne, introduits séparément dans les milieux de culture. — MM. SARTORY, MEYER et NETTER.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 24 MAI 1939.

A propos de la gravité des fistules du grêle chez les tuberculeux. — M. RICHARD rapporte deux observations personnelles; dans ces deux cas, il s'agissait de fistules pyostercoreiles évoluant au cours d'une tuberculose iléo-cœcale. Les deux malades présentaient un véritable état cachectique et ne furent sauvées que grâce à une entero-amastomose dans un premier temps, hemi-colectomie droite dans le 2e temps.

Perforation tuberculeuse de l'intestin grêle en péritoine libre. Résection. Guérison. — Rapport de M. WILMOTH sur cette observation de MM. CHALNOT et GRUMILLIER.

Tumeur maligne du rein chez un nourrisson de 50 jours. — Rapport de M. CHEVASSU sur cette observation de Mlle DELOU et de M. GAUDY. Il s'agissait d'une tumeur du flanc gauche dont l'origine rénale est reconnue grâce à différentes recherches paracliniques (lavement baryté, urographie intraveineuse). Nephrectomie suivie de télécurietherapie. L'enfant reste guérie depuis un an et dix mois.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire.

Des cas analogues sont tout à fait exceptionnels; si on ne peut parler encore de guérison définitive, on sait que les récidives se produisent généralement dans le courant de la première année. M. Chevassu se demande si le traitement radiothérapique post opératoire a une influence heureuse.

Traitement chirurgical des pleurésies purulentes tuberculeuses. — MM. H. FRUCHAUD et A. BERNON discutent tout d'abord de l'importance de la lésion pleurale, et des conséquences thérapeutiques qui en résultent; il faut tenir compte également de l'infection pariétale, génératrice de toute une série de complications secondaires.

Les auteurs estiment qu'il faut mettre au premier plan le facteur pulmonaire et que, par suite, la chirurgie d'affaissement doit disparaître dans les indications opératoires de ces lésions.

MM. Fruchaud et Bernon s'adressent tout d'abord à l'aspiration créant une dépression très poussée, de façon à obtenir une distension progressive du poumon. Une thoracoplastie partielle est parfois utilisée pour amorcer cette distension, si l'aspiration ne suffit pas. Mais lorsqu'on opère, il faut éviter, à tout prix, d'intervenir en zone pariétale infectée.

L'expérience des auteurs repose sur 95 cas traités, dont 55 dans lesquels l'aspiration fut utilisée soit seule, soit associée à une thoracoplastie ; les résultats obtenus semblent très supérieurs depuis l'utilisation de l'aspiration.

M. Monod trouve M. Fruchaud sévère à l'égard du traitement chirurgical. L'aspiration est sans doute insuffisante dans les cas profondément infectés, seul le drainage avec pleurectomie partielle en arrive à bout. D'autre part, la distension du poumon n'est peut-être pas sans inconvénient sur des lésions pulmonaires imparfaitement cicatrisées.

La voie vagino-parinéale dans la cure des fistules vésico-vaginales haut situées. — M. PICOT a eu l'occasion d'intervenir deux fois par voie vagino-périnéale.

Dans la première observation, il s'agissait d'une femme ayant subi une hystérectomie et qui présentait une fistule urétérale; échec par voie transvésicale. Guérison par voie vagino-périnéale.

Dans la deuxième intervention, fistule secondaire à une opération pour endométriome de la face postérieure de la vessie. Opération par voie périnéo-vaginale. Guérison.

M. Picot précise avec minutie la technique de l'intervention qu'il propose.

M. Cadenat a eu l'occasion d'opérer une fistule consécutive à un Wertheim par voie vulvo-vaginale ; elle donne un jour considérable.

M. Charrier préfère la voie trans-péritonéo-vésicale lorsque les fistules sont au voisinage de l'uretère. Il a utilisé dix fois ce procédé sans échec.

M. Chevassu est très content de la voie trans-vésicale, qui donne un jour excellent si l'on a soin d'étaler la vessie; elle permet de repérer les uretères.

M. Gouverneur trouve que les fistules basses sont les plus difficiles à traiter; il estime superflu de faire un décollement recto-vaginal tel que le préconise M. Picot.

M. Hartmann n'a jamais éprouvé de difficultés en présence des fistules post-opératoires qu'il a toujours opérées par voie basse.

Film de la greffe placentaire expérimentale. — M. CHAVANNAZ.

Malade opéré d'un nephroplastome il y a onze ans. — Présentation du malade. M. CHEVASSU.

CONGRÈS

XXVIe Congrès d'hygiène (Institut Pasteur, 9-12 octobre 1939). — Programme provisoire. Questions à l'ordre du jour : 1. Les attributions des Inspecteurs départementaux d'Hygiène et des Directeurs de Bureaux d'Hygiène en général ; 2. Attributions particulières des Inspecteurs départementaux d'Hygiène et des Directeurs de Bureaux d'Hygiène ; 3. L'aspect actuel du problème de la Désinfection.

La Société accueillera avec plaisir les communications portant sur un sujet entrant dans le programme ci-dessus énoncé et dont les titres lui parviendront avant le 31 juillet 1939, à l'adresse du Secrétaire général de la Société de médecine publique et de génémé sanitaire : Dr X. Leclainche, 18, rue de Tilsitt, Paris (17e).

LIVRES NOUVEAUX

Le tome VII et dernier des œuvres de Pasteur, réunies par Pasteur Vallery-Radot (1).

M. Pasteur VALLERY-RADOT vient d'achever la publication des œuvres de son illustre grand-père. La semaine dernière il a présenté à l'Académie de médecine le 7e et dernier volume des ŒUVRES DE PASTEUR. Ce volume est digne de ceux qui l'ont précédé. Avec un soin pieux, et avec un acharnement de bénédictin, M. Pasteur Vallery-Radot a réuni dans ce volume des pages littéraires, des articles, des discours, jusqu'ici un peu épars. A ces pages qui sont d'un grand intérêt historique, s'ajoutent des pages scientifiques ayant trait à l'hygiène, à l'enseignement de l'Ecole Normale, à des leçons de physique et de chimie que Pasteur fit jadis à l'Ecole des Beaux Arts. Beaucoup de ces pages sont inédites, « certaines, écrivait Pasteur, ont un intérêt capital ».

Le volume se termine par une *table alphabétique* des noms cités dans les sept volumes et une *table chronologique* de l'œuvre de Pasteur. Enfin un *index analytique et synthétique* de l'œuvre de Pasteur permet au lecteur de mieux diriger son étude de l'œuvre immense qui s'étend des travaux de dyssimétrie moléculaire aux dernières recherches sur la prophylaxie de la rage. Le lecteur sera souvent surpris et confondu d'admiration en voyant que Pasteur a entrevu la plupart des grandes découvertes de ces dernières années.

Le cinquantenaire de la création de l'Institut Pasteur ne pouvait être marqué d'une façon plus éclatante que par la publication de l'ouvrage dû à la pieuse initiative de Pasteur Vallery-Radot.

F. L. S.

Ypérite, le plus redoutable des gaz de combat. Etude générale par MM. ANGLADE et IMBERT. — Un vol. in-4°, 112 pages. Le François, éditeur, janvier 1939, 10 fr.

Les auteurs, qui ont vécu la dernière guerre des gaz, ont réussi à condenser en quelques pages claires et vigoureuses l'essentiel de cette question très spéciale de l'ypérite. L'outillage et la technique du désypéritage ainsi que la formation et l'entraînement, dès le temps de paix, d'un personnel capable d'entrer en fonction d'urgence, permettant d'éviter les difficultés d'une improvisation hâtive.

Archives balkaniques de médecine, chirurgie et leurs spécialités publiées par Prof. J. CHRYSSIKOS, M. YOEL et A. HADJIGEORGES.

Conditions de publication. — Les « archives de médecine, chirurgie et leurs spécialités » paraissent trimestriellement en français par fascicules de 160 pages. Chaque numéro contient une analyse des travaux de toutes les branches de la médecine, publiée dans la presse médicale des pays Balkaniques (Albanie, Bulgarie, Grèce, Roumanie, Turquie, Yougoslavie) ainsi que les comptes rendus de toutes les Sociétés savantes de ces mêmes pays.

Abonnement annuel : 100 fr. français. Le numéro, 30 francs. On est prié d'adresser tout ce qui concerne la rédaction et la publicité au Dr Maurice Yoël, rue de l'Académie, n° 31, Athènes (Grèce) et les abonnements à la Maison Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, Paris 6e (France).

(1) Un volume (19×28 cm) de 512 pages, 200 fr. Masson et Cie, édit., Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

AÉROPHAGIE ET OPOTHÉRAPIE

L'aérophage n'est réellement pas celui qui avale de l'air comme l'étymologie du mot semblerait l'indiquer, mais bien celui qui par un fonctionnement déficitaire du foie est forcé de déglutir avec la plus grande fréquence de petites quantités d'air et cela par suite d'un réflexe œsophago-salivaire. Cependant la présence d'une certaine quantité d'air dans la poche gastrique n'est un fait pathologique que lorsque cette quantité devient excessive. En réalité, la sialorrhée et la déglutition d'air qui l'accompagne n'est d'abord qu'un résultat et non la cause de l'aérogastrie, dénommée à tort aérophagie. La quantité d'air excessive qui vient à s'accumuler dans l'estomac forme alors une poche volumineuse qui peut aller jusqu'à gêner les mouvements du cœur, d'où arythmie cardiaque, dyspnée d'effort, palpitations, angoisses nocturnes. Dans d'autres cas, le tableau pathologique prend un aspect différent, la paroi musculaire ventrale se relâche et on voit se créer le ballonnement abdominal, avec ou sans obésité réelle, grâce au concours de l'aérocolie qui accompagne presque toujours l'aérogastrie. Mais l'origine de cet apport d'air est aussi bien ailleurs comme Raoul Blondel l'a démontré : il provient en grande partie d'une sorte d'exsudation des gaz du sang en provenance du réseau capillaire sous-muqueux, à la faveur du spasme vaso-dilatateur accompagnant le spasme de la tunique gastrique. Ces conceptions ont été vérifiées par l'expérience et ont conduit à une thérapeutique rationnelle et concluante de l'aérophagie basée sur sa pathogénie.

Apaiser l'irritabilité gastrique par l'emploi prolongé de poudres neutralisantes est inutile et vain, de même l'emploi de sédatifs nerveux chimiques. Il faut remonter aux causes, c'est-à-dire à l'insuffisance hépatique originelle, aux spasmes, qui elle-même relève de certaines insuffisances endocriniennes. Ce but a été atteint par la composition même de l'aérocid qui est le complexe opothérapique répondant exactement et complètement à ces désidérata.

L'aérocid associe, en effet, la poudre de foie (insuffisance hépatique), la poudre de parathyroïde (contractions intestinales et fixation calcique), la poudre d'hypophyse qui renforce l'action de la précédente et enfin de la poudre de surrénale et de rate dont l'action vasculaire est bien connue.

La dose normale de l'aérocid est de 2 cachets par jour, le premier pris au réveil, le second en se couchant, un troisième peut être absorbé en cas de crise, chaque cachet accompagné d'un grand verre de liquide.

L'effet est généralement rapide et dès le deuxième jour le malade se sent soulagé.

Arythmie, angoisses, ballonnement abdominal disparaissent peu à peu et parallèlement, les digestions s'améliorent, la constipation s'atténue et les phénomènes nerveux cèdent à leur tour.

Chirurgie de la main. — I. — Livre du praticien : Plaies, infections et traumatismes de la main par Marc ISELIN, chirurgien de l'Hôpital américain. — Un volume de 320 pages, avec 135 figures : 65 fr. Masson, édit., Paris.

La médecine d'urgence : symptômes, diagnostic, traitement immédiat, formulaire, 7e édition revue et augmentée par J. ODDO. — Un vol. in-8° de 840 pages : 120 fr. G. Doin, édit., Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 49. — MERCREDI 21 JUIN 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des Hôpitaux *met à la disposition de MM. les étudiants des abonnements de vacances* gratuits *d'une durée de deux mois (juillet et août).*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

Il ne sera donné suite à aucune demande passé le 30 *juin.*

Prière d'écrire très lisiblement son nom et son adresse.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.
Antéhypophyse et diurèse, par M. SCHACTER.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE.
Les vaccinations associées, par M. L. BABONNEIX.

CONGRÈS.
Les journées médicales de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille, par M. le professeur A. DAVID.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

NOTES POUR L'INTERNAT.
Diagnostic des abcès de la fosse iliaque droite (fin), par M. REIGNIER.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — 2e *Concours de Médecin des Hôpitaux. Nomination.*

Epreuve clinique : M. Oumansky, 20.00 ; Mme Roudinesco, 19.00 ; MM. Albeaux-Fernet, 20.00 ; Fouquet, 20.00 ; Uhry, 20.00

Classement des candidats : M. Albeaux-Fernet, 39.72 ; Mme Roudinesco, 39.62 ; MM. Oumansky, 39.54 ; Uhry, 39.54 ; Fouquet, 39.54.

Sont nommés médecins des hôpitaux : M. Albeaux-Fernet et Mme Roudinesco.

Hôpitaux de Nimes. — Un concours pour la nomination d'un médecin accoucheur adjoint des hôpitaux de Nimes, sera ouvert dans la deuxième quinzaine de novembre 1939.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le docteur Bardenat, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin chef du cadre des hôpitaux psychiatriques, à compter du 14 mars 1939, et mis à la disposition du gouverneur général de l'Algérie.

M. le docteur Sutter, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin chef du cadre des hôpitaux psychiatriques, à compter du 14 mars 1939 et mis à la disposition du gouverneur général de l'Algérie.

Mme le docteur Mathey, reçue au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommée médecin chef de service à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Plouguernevel.

Le poste de médecin-chef de service de l'hôpital psychiatrique de Maréville est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Aubry, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Facultés de médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Sections de chirurgie et d'urologie.* Sont proposés :

A titre étranger, M. Addle.

Paris : MM. Fèvre, Sicard, Patel (urologie), M. Couvelaire.
Aix : MM. Imbert, Dor.
Alger : MM. Curtillet, Goinard.
Bordeaux : MM. Magendie, Pouyanne.
Lille : MM. Decoulx, Macquet.
Lyon : MM. Mallet-Guy, Peycelon.
Montpellier : M. Truc (urologie).
Nancy : M. Rousseaux.
Strasbourg : M. Jung.
Toulouse : M. Virenque.

Section de médecine générale. — Leçon d'une heure. Séance du 16 juin :

M. Olmer (Aix) : « Le rein cardiaque ».
M. Brouet (Paris) : « Les leucosarcomes ».
1re Séance du 19 juin :
M. Créhange (Nancy) : « Les mélanomes ».
M. Froment (Lyon) : « Le diabète rénal ».
M. Decourt (Paris) : « Les ictères chez les syphilitiques ».

2e Séance du 19 juin :

M. Gadrat (Toulouse) : « Intoxication arsenicale chronique ».
M. Paillas (Aix) : « L'amibiase intestinale ».
M. Houcke (Lille) : « L'ictère hémolytique congénital ».
M. Tulasme (Strasbourg) : « Insuffisance ventriculaire gauche ».

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du clinicat.* — Le concours s'ouvrira le *mardi* 20 *juin*, à 9 heures, à la Pitié pour les clinicats médicaux de St-Antoine, Cochin, Hotel-Dieu et Pitié.

Le *mercredi* 21 *juin*, à 9 heures, à la Salpêtrière pour les clinicats chirurgicaux de la Salpêtrière et de l'Hôtel-Dieu, clinicat thérapeutique chirurgical Vaugirard, clinicat neuro-chirurgical Pitié, clinicat chirurgical Cochin.
Le *mercredi* 21 *juin*, à 9 heures, à Lariboisière. Clinicat oto-rhino-laryngologie.
Le *vendredi* 23 *juin* 1939, à 9 heures, à la Salpêtrière. Clinicat des maladies nerveuses. Clinicat des maladies cutanées.
Le *samedi* 24 *juin*, à 9 heures, à la clinique Tarnier. Clinicats obstétricaux Tarnier, St-Antoine et clinicat gynécologique.
Le *lundi* 26 *juin*, à 9 heures, aux Enfants malades. Clinicats de chirurgie infantile, d'orthopédie de l'adulte, d'urologie.
Le *mardi* 27 *juin*, à 9 heures, à Broussais. Clinicats de cardiologie, de thérapeutique médicale (Pitié), et de la clinique médicale propédeutique.
Le *lundi* 3 *juillet*, à 9 heures, aux Enfants malades. Clinicats de médecine infantile et de la clinique médicale d'hygiène, 1re enfance.

Des échanges d'étudiants en médecine auront lieu cette année pendant le mois d'août avec des étudiants de Bulgarie, Hongrie, Pologne, Tchéquie, Yougoslavie.
Les étudiants désireux de participer à ces échanges sont priés de s'adresser au Bureau de l'A.D.R.M., Faculté de Médecine, salle Béclard, de 14 à 17 heures, sauf le samedi.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Janbon, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale à la faculté de médecine de l'université de Montpellier (dernier titulaire de la chaire : M. Boudet).

Santé publique. — Par arrêté en date du 14 juin 1939 :
Mlle d'Haussonville, président du comité central de la société de secours aux blessés militaires, a été nommée membre du conseil national de la Croix-Rouge française, en remplacement de Mme la maréchale Lyautey.
Mme la maréchale Lyautey a été nommée vice-présidente honoraire.

Voir la suite des Informations, page 864.

NECROLOGIE

— Le docteur Maurice Artières, de la Grand-Combe.
— Le docteur Plinio Soria, chef du service d'urologie de l'hôpital italien de Tunis, membre correspondant de la Société française d'urologie.


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
LES
2
MÉDICAMENTS
CARDIAQUES
ESSENTIELS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
Laboratoires DEGLAUDE, 15, Bd. Pasteur, Paris-XVe
Médicaments cardiaques spécialisés

ANTÉ-HYPOPHYSE ET DIURÈSE

par M. SCHACHTER (de Bucarest)

Les rapports entre la diurèse et le fonctionnement normal du lobe post-hypophysaire, paraissent définitivement *établis* par les acquisitions anatomocliniques et expérimentales au cours du diabète insipide, et *extrêmement probables* depuis les travaux s'efforçant de démontrer la réalité clinique (encore), d'un syndrôme d'hyperfonctionnement rétro-pituitaire (syndrôme de Parhon).

Nous ne reviendrons pas sur ce dernier thème que nous avons discuté dans les colonnes de *cette publication* (voir N° 68, 1938), et sur laquelle le professeur Parhon vient d'insister il y a à peine quelques semaines (voir « Bulletins et Mém. Soc. Méd. des Hôp. », Paris 1938).

Beaucoup plus négligée (1) (et cela peut-être du fait de l'abondance et de la qualité des démonstrations quant au rôle de la post-hypophyse dans la diurèse), est la question de l'intervention possible de l'anté-hypophyse dans ce même processus, quoiqu'elle ait été entrevue et qu'une hormone diurétique de ce lobe ait été admise par von Hahn, Fodor et Jankovitch.

C'est cette lacune qui paraît se combler actuellement grâce à l'expérimentation. En effet, récemment, B. G. Shapiro (2) a pu apporter quelques faits très intéressants indiquant la voie vers la démonstration du rôle actif dévolu au lobe intérieur dans la sécrétion urinaire.

Mais avant d'exposer le résultat des recherches de ce dernier auteur, il n'est pas inutile de rappeler brièvement qu'avant cet auteur, un ensemble de faits d'ordre expérimental, avait déjà indiqué la possibilité de cette fonction.

Ces faits, nous pouvons les classer de la façon suivante : *a*) Effets de l'ablation du lobe antérieur et *b*) Effets de l'administration d'extraits anté-hypophysaires sur la diurèse.

a) *Effets de l'ablation du lobe antérieur :* On peut les résumer, en affirmant que l'ablation de ce lobe entraîne, ainsi que cela résulte des travaux expérimentaux de Richter (1934) et Ingram (1936), chez les animaux rendus diabétiques insipides, du fait de la destruction de leur lobe postérieur, une disparition de ce dernier syndrôme. Les choses se passeraient donc, comme si l'animal ne peut pas faire un diabète insipide, sans la participation du lobe antérieur;

b) *Effets de l'administration d'extraits anté-hypophysaires :* Il résulte, ainsi que le souligne Shapiro lui-même, qu'encore en 1929, Teel avait noté une polyurie consécutive à l'administration par voie sous-cutanée, d'extraits de ce lobe, à des chiens adultes. D'autre part, Barnes (1933) et ensuite Biasotti (1934) ont admis que la polyurie ainsi déterminée, devait s'expliquer par l'intervention de l'hormone thyréotrope anté-hypophysaire, car c'est seulement chez les animaux avec une thyroïde saine, que cet effet est net. Enfin, Gaebler (1935), a montré que l'injection d'extraits antéhypophysaires contenant l'hormone somatotrope, était également capable d'augmenter la diurèse.

Dans ses recherches, B. G. Shapiro est parti d'une constatation expérimentale, qui avait montré que l'administration de très fortes doses de folliculine (Zondek), mais aussi d'extraits antéhypophysaires, contenant l'hormone gonadotrope (Franck et Salmon), (Jores et Mc. Gregor), la thyréostimuline (Heyl. Frank), l'hormone somatotrope (Zondek), ou enfin l'hormone diabétogène (Nelson et Oberholser) était capable de « déprimer » ou affaiblir le fonctionnement du lobe antérieur. Par analogie, si le lobe antérieur contrôle, grâce à un principe hormonal, la diurèse, l'administration d'extraits folliculiniques à forte dose, ou bien des extraits antéhypohysaires actifs, devait avoir comme effet, une diminution plus ou moins nette de la diurèse.

Or, l'expérience a donné raison à Shapiro. En effet, si l'administration à des sujets bien portants et avec une diurèse normale, de doses *faibles* de folliculine, ne fut suivie d'aucun effet sur la quantité des urines émises dans la suite, l'administration pendant 4-5 jours d'une quantité de folliculine dépassant la dose de 10 mgr. entraîna dans 12 sur 16 cas, une diminution de 50 % du taux des urines; effet qui se manifesta dès la 2e ou 3e injection. Dans certains cas, l'effet empêchant sur la diurèse fut tellement net, qu'on pouvait parler d'une véritable oligurie. A noter que dans ce cas, le sujet qui urinait normalement 1.200-1.400 cc. et qui après six jours de traitement folliculinique, a vu descendre ses urines à 340, 400, 360 et 220 cc., n'a présenté aucun signe objectif d'irritation rénale.

Cet effet empêchant sur la diurèse, fut également net dans deux cas de diabète insipide, où les injections de folliculine, réduisirent d'environ 50 % la polyurie. Il s'agit bien entendu, d'un effet passager.

A propos de cette dernière constatation de Shapiro, nous voulons résumer dans ses traits essentiels, l'histoire d'une femme atteinte de *diabète insipide,* que nous avons suivie pendant un an et chez laquelle, nous avons observé, sans savoir comment nous l'expliquer, le même effet des injections de folliculine.

OBSERVATIONS : Femme âgée de 38-39 ans. Obèse, elle avait depuis quelques années des règles moins abondantes que d'habitude. Cependant, leur rythme n'avait pas changé. Quand nous l'avons vue, elle nous a affirmé que depuis peu de temps, il lui est arrivé d'avoir des courtes périodes (2-3 mois) d'aménorrhée presque totale.

Mais ce qui est intéressant, c'est que sans pouvoir se l'expliquer, elle constata un jour qu'elle avait une soif excessive, précédée d'une sensation de vide dans l'abdomen, une sécheresse des lèvres et parfois d'un

(1) Aucune mention n'est faite dans l'excellent livre de MM. Langeron, Page et Ledieu, sur les glandes endocrines et le métabolisme de l'eau (O. Doin, Paris, 1934).

(2) G. B. Shapiro : Control of urinary secretion by the ant. pit. The Lancet, 24 déc. 1938.

léger état vertigineux. La soif l'obligea de boire presque tous les 15 minutes, et c'est presqu'en pleurant que cette malade nous a dit qu'elle a commencé à apprécier la grandeur des promenades qu'elle fait, d'après le nombre des pâtisseries où elle entre pour demander à boire.

La quantité des urines éliminées par jour, oscillaient entre 4 et 6 litres ; parfois seulement 3 litres.

Les examens complémentaires ont contribué non seulement à établir la netteté du diagnostic de diabète insipide, mais également aussi, l'absence de tout autre élément pathologique infectieux, tumoral ou toxique. Les examens oculaires et rhynologiques, de même que la radiographie sellaire, furent négatifs. Or, chez cette femme, le traitement opothérapique par des prises de post-hypophyse, répétées plusieurs fois dans la journée et même le soir, se montra très peu efficace. Le soulagement ne durait en réalité qu'une heure, et consistait en la disparition ou diminution importante des sensations subjectives pénibles et de la soif.

Les injections parentérales avec des bonnes préparations, n'étaient pas non plus suffisantes pour améliorer la malade. Elle supportait d'ailleurs assez mal ces injections.

C'est alors que nous avons observé le fait suivant : en lui faisant des injections massives de folliculine (une injection de 10.000 unités tous les deux jours) pendant les jours qu'elle prisait la poudre de post-hypophyse, la malade nous a affirmé que ses sensations subjectives et sa soif (et avec cela sa polyurie) étaient nettement moins gênantes. A plusieurs reprises, elle nous a montré que pendant ces injections, la quantité totale des urines tombait à 2 litres, ce qui était suffisant, pour l'affranchir de la soif et de la sécheresse pénibles pour elle.

Comme dans les jours qui suivaient la cessation des injections de folliculine, la malade voyait sa polyurie s'accentuer malgré la prise toujours très soigneuse de la poudre, nous avons à ce moment conclu, que l'amélioration transitoire était complètement indépendante du traitement folliculinique. Nous ignorions en effet, que la polyurie consécutive à la cessation du traitement folliculinique, était un fait « obligatoire » en quelque sorte, comme vient de le mettre en évidence, tout récemment encore, B. G. Shapiro.

Cette observation qui vient à l'appui des observations cliniques de Shapiro, montrant la réalité d'une participation antéhypophysaire, aux mécanismes de la diurèse, nous a semblé mériter d'être relatée à cet endroit.

Si, au lieu d'employer la folliculine, Shapiro a expérimenté avec des extraits de lobe antérieur, ses résultats furent en tout, superposables à ceux de Teel, Barnes, Houssay, Gaebler. En effet, l'administration d'une préparation antéhypophysaire, riche en principes gonadostimulants, a produit des augmentations de la diurèse oscillant entre 30 et 100 % et une fois, allant jusqu'à 280 %.

Il paraît donc résulter de ces expériences, que le lobe antérieur de l'hypophyse intervient lui aussi, peut-être moins nettement que le lobe postérieur, dans le contrôle de la diurèse. La polyurie, fréquemment citée dans les syndrômes d'hyper-fonctionnement antéhypohysaire (syndrôme de Cushing), est fort probablement une preuve de plus, qu'il ne faut pas sous-estimer. Il est vrai, en effet, que si parfois, au cours du syndrôme de Cushing, on peut mettre le trouble diurétique sur le compte de la participation du lobe postérieur (compression par la tumeur pituitaire), le plus souvent, cette tumeur microscopique, est incapable à elle seule, de détruire le lobe postérieur, et déterminer ainsi la polyurie.

Enfin, et ceci est la deuxième grande conclusion qui se dégage des recherches de Shapiro, le lobe antérieur est nécessaire pour que se produise chez *l'homme,* le diabète insipide. Cette affirmation est d'ailleurs corroborée par une constatation antomopathologique ancienne de F. von Hann (citée par Shapiro), qui avait noté *l'absence de diabète insipide* dans 9 cas, où ensemble avec la destruction totale du lobe postérieur, il y avait également une destruction du lobe antérieur.

Quant au traitement folliculinique adjuvant du diabète insipide, les recherches de Shapiro, que nous venons d'analyser, semblent autoriser des essais de contrôle, cela d'autant plus qu'actuellement, nous disposons de préparations d'une efficacité incontestable.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES VACCINATIONS ASSOCIÉES

par M. L. Babonneix

Que les diverses vaccinations utilisées isolément jusqu'à ces dernières années aient notablement accru nos moyens de lutter contre les maladies infectieuses, voilà qui n'est pas niable ! Mais au prix de quelles complications ! Un programme publié aux Etats-Unis, il y a quelques années, et qui se proposait d'immuniser les infirmières, ne comportait-il pas douze injections de vaccins divers ?

Depuis quelques années, on était entré dans la voie de la simplification en préconisant (Widal et Sicard, Castellani) la vaccination au moyen du « vaccin mixte typhoparatyphoïdique. Mais ce vaccin est composé d'antigènes du même groupe. Or, il a été longtemps classique d'admettre que si, à la rigueur, l'organisme peut s'immuniser contre des germes possédant un certain degré de parenté, il lui était impossible, en vertu de la concurrence des antigènes, de faire les frais de plusieurs immunisations artificielles à base d'antigènes aussi différents, par exemple, que le vaccin antityphoïdique et l'anatoxine antidiphtérique.

La méthode des vaccinations associées (1), due à MM. Ramon et Chr. Zoeller, en même temps qu'elle permettait de ruiner la théorie de la concurrence des antigènes, allait fournir la preuve qu'une immunisation multivalente, effectuée au moyen d'un mélange de vaccins tels que le vaccin antityphoïdique, l'anatoxine diphtérique, l'anatoxine tétanique, est possible, et même qu'elle est des plus avantageuses, non seulement à cause des commodités qu'elle offre pour la réalisation et pour la propagation des vaccinations, mais en raison aussi de l'efficacité accrue des immunités antitoxiques qu'elle est capable de conférer.

(1) G. Ramon. Les vaccinations associées. *Annales de Médecine,* t. 42, N° 3, octobre 1937, p. 1-27.

Quelles sont ses bases expérimentales ?

Lorsqu'on hyperimmunise des chevaux par des injections sous-cutanées de doses croissantes d'antigène diphtérique, leur sérum s'enrichit progressivement en antitoxine jusqu'à ce qu'il atteigne une valeur qui ne peut plus être dépassée, à moins que l'animal ne soit porteur d'un abcès ayant pour origine l'injection d'antigène. L'abcès n'a pas besoin d'être septique, puisque les mêmes résultats sont obtenus par la production d'abcès aseptiques : tapioca pulvérisé et stérilisé, par exemple.

C'est ce principe, en vertu duquel l'activité immunisante d'un antigène s'accroît sensiblement sous la seule influence d'une substance adjuvante non spécifique, qu'ont utilisé MM. G. Ramon et Chr. Zoeller, en injectant, non un mélange d'anatoxine et de tapioca, provoquant des réactions trop vives, mais un mélange de deux antigènes entièrement dissemblables : par exemple, anatoxine, d'une part, et, de l'autre, vaccin microbien, substitué au tapioca, comme moins irritant, quoique aussi actif, ou encore anatoxine diphtérique et anatoxine tétanique.

Les premiers essais, chez l'homme, ont été effectués par MM. G. Ramon et Chr. Zoeller : ils ont porté sur des sujets adultes auxquels on avait injecté un mélange d'anatoxine tétanique et de vaccin antityphoparatyphoïdique. Ils ont montré que la production de l'antitoxine tétanique ainsi provoquée n'a nullement pâti, bien au contraire, de l'élaboration, par l'organisme, des agglutinines typhique et paratyphiques. Même résultat pour le mélange anatoxine diphtérique-vaccin antitypho-paratyphoïdique, dont, au préalable, les auteurs avaient pris soin de vérifier l'innocuité. Expérimentant ensuite le vaccin mixte « bianatoxique », ils ont vu que les vaccinations bianatoxiques sont plus actives que les vaccinations simples. De même, les vaccinations triples, à base d'anatoxine diphtérique + anatoxine tétanique + vaccin antitypho-paratyphoïdique. Il n'y a donc pas concurrence, mais coopération des antigènes, qui, d'ailleurs, et contrairement à la théorie d'Ehrlich, participent à la formation des anticorps en leur abandonnant le radical qui leur confère la spécificité.

De ces données théoriques devaient découler des conséquences pratiques de la plus haute importance. Les recherches de Louis Martin, Loiseau et Lafaille, de Chr. Zoeller, de J. Cathala, de Giraud, de Marseille, de Mlle Rougier, de Lyon, de J. Carles, de Bordeaux, de Louis Bazy, sur le personnel d'un des réseaux de chemin de fer français, de R. Clément, ont conduit l'Académie de Médecine à demander aux pouvoirs publics que la vaccination associée antityphoïdique et antidiphtérique soit rendue obligatoire pour les étudiants en médecine dès le début de leurs études, l'Académie de Chirurgie a adopté un rapport se terminant par la phrase suivante : « On ne saurait trop recommander l'usage de ces vaccinations associées » la Société des Médecins-Inspecteurs scolaires à émettre le vœu que soit pratiquée dorénavant dans les écoles, par les soins du médecin-inspecteur scolaire, avec l'autorisation des parents, une vaccination associée antidiphtérique et antitétanique à la place de la vaccination antidiphtérique simple.

Dans l'armée, « *la vaccination préventive par l'anatoxine associée à la vaccination antityphoparatyphoïdique a donné d'excellents résultats. Partout où elle a été mise en pratique, la diphtérie a, pour ainsi dire, disparu chez les vaccinés, alors qu'elle a continué à se manifester chez les non-vaccinés et chez les sujets qui ont été vaccinés incomplètement.*

L'armée a déjà retiré et retirera encore de l'utilisation des « vaccinations associées », un bénéfice impressionnant. Cette méthode constitue une arme puissante capable de s'opposer victorieusement au développement des épidémies qui peuvent survenir. » écrit Dopter, dont les conclusions sont confirmées par divers médecins militaires : Meersseman, Peloquin et Fréjeville, Fricker et Ferrabouc.

Fort de ces résultats, MM. Rouvillois, Morvan et Homburger ont entrepris des essais de vaccinations associées antitétanique-antidiphtérique-antityphoïdique : des recherches de contrôle, effectuées par Sacquépée, Pilod et Jude, ont montré, chez tous les sujets injectés, un degré relativement élevé des immunités correspondantes qui, d'ailleurs, paraissent stables. Aussi la loi du 15 août 1936 a-t-elle rendu obligatoires, dans l'armée, les vaccinations antitétanique et antidiphtérique en les associant à la vaccination antityphoparatyphoïdique. Et, déjà, les bénéfices s'en font sentir, puisque, dans une région militaire de l'Est, la morbidité est tombée, de 10, 1 p. 1.000 hommes en 1933, à 0,6 en 1937 (Pilod).

Empruntons encore au mémoire de M. G. Ramon quelques indications pratiques.

Les vaccinations associées les plus utilisées sont :

l'antidiphtérique-antitétanique ;
l'antityphoparatyphoïdique-antidiphtérique ;
— -antitétanique ;
— - antidiphtérique - antitétanique ;

Un mot de technique :

A. — VACCINATION ASSOCIÉE ANTIDIPHTÉRIQUE-ANTITÉTANIQUE.

La vaccination antitétanique exigeant, dans l'état actuel de nos connaissances, 3 injections pour conférer au sujet vacciné une immunité solide, la vaccination associée antidiphtérique-antitétanique comporte, elle aussi, 3 *injections à 3 semaines d'intervalle, de chacune : 2 cm³ du mélange d'anatoxine diphtérique et d'anatoxine tétanique, mélange préparé dans l'ampoule ou effectué extemporanément.*

B. — VACCINATION ASSOCIÉE ANTITYPHOPARATYPHOÏDIQUE-ANTIDIPHTÉRIQUE.

Du fait de la nécessité, qui est apparue au cours de ces dernières années, de faire 3 injections de vaccin T.A.B. (pour en augmenter l'efficacité), cette vaccination associée comporte 3 injections du mélange, en proportions convenables, de vaccin T.A.B. et d'anatoxine diphtérique. La posologie est alors la suivante :

3 *injections à trois semaines d'intervalle, la première de 1 cm³, les deux autres de cm³ chacune, du vaccin mixte* préparé d'avance dans l'ampoule.

Le praticien peut également préparer le mélange extemporanément en prenant, dans la seringue, parties égales de vaccin T.A.B. et d'anatoxine diphtérique.

C. — VACCINATION ASSOCIÉE ANTITYPHOPARATYPHOÏDIQUE-ANTITÉTANIQUE.

Si le vaccin associé (mélange du vaccin T.A.B. et d'anatoxine tétanique) n'est pas délivré dans l'ampoule même, on le prépare dans la seringue.

Ici encore :

3 injections à trois semaines d'intervalle, la première de 1 cm^3, les deux autres de 2 cm^3 chacune, du vaccin mixte prêt dans l'ampoule ou préparé extemporanément.

D. — VACCINATION ASSOCIÉE TRIPLE ANTITYPHOPARATYPHOÏDIQUE-ANTIDIPHTÉRIQUE-ANTITÉTANIQUE.

Afin d'en faciliter l'emploi, le vaccin mixte (mélange du vaccin T.A.B. et des anatoxines diphtérique et tétanique) doit être tout prêt dans l'ampoule. La vaccination comporte :

Trois injections, la première de 1 cm^3, les deux autres de 2 cm^3 chacune, du vaccin mixte, à trois semaines d'intervalle (à quinze jours en cas d'urgence).

LES VACCIDATIONS ASSOCIÉES CHEZ L'ENFANT.

Chez les enfants âgés de moins de dix ans, qui, on le sait, peuvent réagir assez fortement au vaccin T.A.B., il est préférable de recourir à des doses plus faibles que chez l'adulte. La posologie pourra être la suivante : 4 injections à 15 jours d'intervalle : 0 cm^3 5, 1 cm^3, 1 cm^3 1/2, 1 cm^3 1/2 du vaccin mixte dans la composition duquel entre le T.A.B.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

19, 20 et 21 mai 1939.

La Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille vient, pour la onzième fois, d'organiser ses trois journées médicales.

Celles qui viennent de se dérouler ont été particulièrement brillantes, aussi bien par l'intérêt des conférences et des démonstrations qui furent faites, que par le nombre toujours croissant des auditeurs. Succès dû au dévouement inlassable du professeur Lepoutre, doyen de la Faculté, et du professeur Billet, président du comité des « Journées médicales ».

Le vendredi 19 avait lieu l'inauguration de l'Exposition pharmaceutique, coquettement présentée dans le grand hall de la Faculté.

Puis avait lieu, dans le grand amphithéâtre, une séance extraordinaire de la Société médicale et anatomo-clinique de Lille, sous la présidence du professeur Deherripon. Douze communications furent faites, appuyées de présentations de malades, de pièces anatomiques, de radiographies, d'instruments, ou commentées par des projections à l'épidiascope. Le professeur d'Halluin termina par une démonstration sur la radioscopie en salle éclairée à la lumière jaune.

Le samedi 20 mai, journée de travail intensif : séances opératoires dans les services hospitaliers de la Faculté, études de malades spécialement intéressants, leçons cliniques, parmi lesquelles nous voulons citer celle du professeur Langeron, sur l'*Avitaminose B, sorte de béribéri nostras*, et celle du professeur Courty, sur les *mésentérites rétractiles*.

L'après-midi, à la Faculté, conférences du professeur Le Grand sur les *aliénés dangereux et le péril psychopathique* ; du professeur Bernard, sur la *vitaminothérapie dans les affections digestives* ; du professeur d'Halluin, sur le *traitement d'urgence de la mort relative*.

Le soir, brillante réception, offerte par le professeur Lepoutre, doyen, en l'honneur du professeur Sergent, membre de l'Académie de médecine, qui était l'hôte des « Journées ».

Le dimanche matin, après la messe dite à l'intention des congressistes, le grand amphithéâtre se peuplait d'un auditoire particulièrement nombreux pour l'étincelante conférence que donnait le professeur Sergent sur la *collaboration médico-chirurgicale dans les domaines spécialisés de la médecine*. Salué par le doyen Lepoutre, présenté par le professeur Langeron, l'éminent orateur évoqua ses souvenirs de guerre, les soins qu'il avait prodigués à 40.000 « pulmonaires » et la première opération qu'il avait tentée sur un blessé de son service, porteur d'un éclat d'obus et miné par une intarissable suppuration, alors que, pour tous les chirurgiens, le poumon était considéré comme un « épouvantail ». De ce jour était née la chirurgie thoracique (car l'opéré guérit parfaitement) ; de ce jour, aussi, l'idée d'une collaboration étroite entre le médecin et le chirurgien.

Notion féconde, dont l'orateur défend avec une conviction entraînante le bien-fondé, et dont il montre éloquemment les heureux résultats dans tous les domaines de l'art médical, à la condition que la synergie soit étroite et de tous les instants.

Après la visite du *Musée d'anatomie radiologique et thoracique*, créé par le professeur d'Hour, après une cordiale réception par le recteur dans les salons de l'hôtel académique, le banquet de clôture eut lieu au Carlton. Y prirent la parole le professeur Lepoutre, qui remercia chaleureusement tous ceux qui avaient participé au succès de ces « Journées » et le professeur Sergent qui proclama sa joie de se trouver dans un milieu aussi sympathique et fraternellement uni. « Aimez-vous les uns les autres, conclut l'orateur, c'est la meilleure façon de relever la dignité de la profession médicale. »

Le *vivat flamand* jaillit alors de toutes les poitrines ; les 160 convives acclament leur invité et se donnent rendez-vous à l'année prochaine.

Professeur A. DAVID.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Auberges de France à travers routes et sentiers. — Le Club des Sans-Club, grâce à son ingénieuse organisation, présente chaque année sous forme de reportages gastronomiques les auberges et hôtels distingués par lui pour leurs offrandes culinaires.

Ces reportages rédigés suivant les directives des membres et correspondants du Club s'intitulent « Les Auberges de France ». Le prix du volume (33 fr.) tient lieu de cotisation et sa couverture de carte d'adhérent à l'égard de l'hôtelier, chez qui, par ce moyen l'on cesse d'être un touriste anonyme.

Un autre avantage de cette intéressante organisation, est la gratuité du garage consentie par 80 % de ses Etapes envers les membres dont la voiture porte l'insigne C. S. C.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 19 *juin.* — Jury : MM. Fiessinger, Harvier, Olivier, Turpin. — M. PAGÈS. Conditions de succès du pneumothorax artificiel unilatéral. — M. TOMÇO. L'épreuve de la vitesse de sédimentation globulaire dans les cirrhoses du foie. — M. ARNOUS. Les sigmoïdites et périsigmoïdites de l'adulte. Etiologie. Pathogénie. Formes cliniques. Diagnostic radiologique.

Mardi 20 *juin.* — Jury : MM. Balthazard, Claude, Gougerot, Gastinel. — M. DERVAUX. La pathologie professionnelle des travailleurs agricoles. — M. PAROT. Cure prolongée par chocs insuliniques dans certains syndromes schizophréniques. — M. ABERDAM. Traitement du psoriasis par la chrysarobine à dose forte. — M. CAMUS. Contribution à l'étude du traitement des uréthrites blennorragiques par les sulfamides. — M. REICHER. Causes de mort et les grandes complications en dermatologie.

Jury : MM. Laignel-Lavastine, Mocquot, Alajouanine, Lantuejoul. — M. BERGÈRE. Quelques psychopathes incendiaires. — M. BRENUGAT. Contribution à l'étude des rapports entre la tuberculose et les psychopathies. — M. CRABOUILLET. Rabelais et l'enseignement de la botanique. — M. SIEYÈS. Contribution à la thérapeutique de l'hypertension artérielle. — M. JARRY. Contribution à l'étude de l'ulcère simple de l'intestin grêle. — M. LE PANSE. Contribution à l'étude de la tuberculose végétante isolée et primitive du col de l'utérus. — Mlle NARDONNET. Contribution à l'étude du diagnostic étiologique des annexites chroniques. — M. ROUVILLOIS. Prolapsus génital et colpopérinéorraphie. Le rôle du tissu conjonctif pelvien dans l'étiologie et le traitement.

Mercredi 21 *juin.* — Jury : MM. Debré, Troisier, J. Besançon, Mouquin. — M. BERNARD. Etude des bacilles tuberculeux isolés chez 53 animaux sacrifiés dans les laboratoires parisiens. — M. DEZAUNAY. Diagnostic et procédés de localisation des perforations pleuro-pulmonaires. — M. L'HOSTE. Contribution à l'étude des indications de l'oléothorax extra-pleural. — Mme EMILE ZOLA. Prophylaxie des maladies contagieuses dans les milieux hospitaliers. — Mme GAUBERT-FRANÇOIS. Intérêt pratique de la culture du bacille de Kock pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. — M. DECHAUME-MONCHARMONT. Etude radiologique de l'asthme.

Jury : MM. Strohl, Tanon, Dognon, Haguenau. — M. DENIAUD. Contribution au test de Dausset et Ferrier. Spectroréductométrie dans les cas d'hyperthyroïdie et de troubles hypophysaires. — M. WILLEMIN. Les méthodes de repérage préalable en radiographie analytique. M. HA-MINH. Contribution à l'étude de la pollution des cours d'eau et du sous-sol par les produits pancréatique. — M. LÉVY. Etude sur la lithiase pancréatique. — M. MATTÉI. Contribution à l'étude de la maladie de Nicolas et Favre. Complications nerveuses. — M. RIQUET. La bismuthothérapie dans les angines aiguës non spécifiques. — Mlle LE FLOCH. De la destruction des îlots insalubres.

Jeudi 22 *juin.* — Jury : MM. Chevassu, Jeannin, Fey, Vaudescal. — M. CASAU. Hydronéphroses monstrueuses sur rein unique. Leurs dangers. — M. KRUG. Contribution à l'étude des résultats éloignés dans le traitement conservateur des hydronéphroses. — M. DEROCHE. Recherche de l'infection gonococcique chez la femme enceinte, en particulier par la gonoréaction.

Jury : MM. Lereboullet, Terrien, Richet, Velter. — M. COCHEMÉ. Le mongolisme. Etude clinique, anatomique, et thérapeutique. — M. GOURTCHENKO. La pomme crue et les pectines dans les diarrhées infantiles. — M. JIMENEZ. Les septicémies à pneumocoque chez les nourrissons. — M. TRÉMEL. Les encéphalites pseudo-tumorales. — M. VITTRANT. Des lésions oculaires dues ou attribuées au nitrate d'argent chez le nouveau-né. Etude critique. — Mme VIDAL. Contribution à l'étude du problème des enfants abandonnés.

Vendredi 23 *juin.* — Jury : MM. Couvelaire, Grégoire, Lévy-Solal, Cadenat. — M. JORRAND. Essais pneumographiques chez le nourrisson débile et prématuré. — M. GRALL. Pancréatites et saturnisme. — M. MEBS. La température dans l'appendicite aiguë envisagée du point de vue du pronostic et du diagnostic. — M. MONSAINGEON. Les gastrectomies laissant l'ulcère en place. — M. TRILLARD. Contribution à l'étude de la perforation des ulcères gastro-duodénaux chez l'enfant. — M. HAZEBROUCK. Contribution au diagnostic du cancer du corps de l'utérus par l'hystérographie. — M. BEN-HAMOU. Contribution à l'étude de la rétinite gravidique.

Samedi 24 *juin.* — Jury : MM. Cunéo, Pierre Duval, Lemaître, Renard. — M. TOITELBAUM. Variations de l'affinité des protéines sériques pour le chlorure de sodium au cours de certains états endocriniens. — M. HINARD. Contribution à l'étude des pyométries dans le cancer du col utérin. Pyométries et hydrométries post-curiéthérapiques. — M. BINET. Quelques modalités thérapeutiques du phréno-cardio-spasme. — M. BROCHARD. De l'anesthésie intraveineuse au cours des amygdalectomies. — M. DIEHL. La désinfection rhino-pharyngée par la méthode des irrigations. — M. GUILLAUMAIN. Essai d'utilisation des applications locales d'huile de foie de morue en oto-rhino-laryngologie.

Jury : MM. Carnot, Laubry, Nobécourt, Vignes. — M. GARNIER. Etude sur la présence, le rôle et la destruction de l'acétylcholine dans l'organisme. — M. KAMRAT. Contribution à l'étude d'un dérivé soluble de la sulfamide paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude en stomatologie. — M. LAVERGNE. Pouvoir bactéricide du sang et hémoculture. — M. NEUMANN. Contribution à l'étude des purpuras trombopéniques consécutifs à l'ingestion d'allylisoprophylacétylcarbamide. — M. GOMEZ. Contribution à l'étude du pronostic des cardiopathies valvulaires pendant la grossesse. — M. LECLER. Au sujet de quatre observations d'encéphalite coquelucheuse. — M. MONARD. Contribution à l'étude du traitement des porteurs de germes diphtériques par les rayons X.

THESE VETERINAIRE

Mercredi 21 *juin.* — Jury : MM. Mondor, Coquot. Robin. — M. TAHON. Les plaies articulaires et l'arthrite traumatique. Leur traitement par l'autopyothérapie.

Ypérite, le plus redoutable des gaz de combat. Etude générale par MM. ANGLADE et IMBERT. — Un vol. in-4°, 112 pages. Le François, éditeur, janvier 1939, 10 fr.

INFORMATIONS

(Suite de la page 854)

Marine. — Des concours pour différents emplois de chargés de cours à l'école principale du service de santé et aux écoles annexes de médecine navale auront lieu, à Toulon et à Rochefort, dans le courant des mois de septembre et novembre 1939.

1° Ecole principale du service de santé de la marine.

I. — Histologie normale et pathologique. Parasitologie. Bactériologie (à Toulon, en septembre 1939).
II. — Pathologie interne. Séméiologie médicale thérapeutique (à Rochefort, en novembre 1939).
III. — Pathologie externe. Séméiologie chirurgicale. Accouchements (à Rochefort, en novembre 1939).
IV. — Anatomie descriptive et chirurgicale. Embryologie. Médecine opératoire (à Rochefort, en novembre 1939).
V. — Physique. Chimie. Matière médicale (à Rochefort, en novembre 1939).

2° Ecoles annexes de médecine navale.
(A Rochefort, en novembre 1939).

I. — Physiologie, Brest.
II. — Anatomie, Rochefort et Toulon.
III. — Chimie, Rochefort et Toulon.

Commission spéciale de classement des médecins, pharmaciens, dentistes, chirurgiens, vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 12 août 1933. Liste d'aptitude établie dans les conditions prévues par les articles 7 et 8 de la loi).

MINISTÈRE DES FINANCES. — *Médecin de la manufacture des tabacs de Morlaix :* M. le Dʳ Couturier.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE. — *Médecin de la maison d'arrêt de Lons-le-Saunier :* M. le Dʳ Jouvet.
Médecin de la maison d'arrêt de Libourne : M. le Dʳ Laval.
Médecins de la maison d'arrêt d'Amiens : MM. les Dʳˢ Pruvost, Legrand et Corbin.
Médecin de la maison d'arrêt d'Alès : M. le Dʳ Vismard.
Médecin de la maison d'arrêt de Mantes : M. le Dʳ Dupont.

MINISTÈRE DE L'AIR. — *Médecin du centre médical d'examens et d'études de Marseille :* M. le Dʳ Piéri.

MINISTÈRE DES POSTES, TÉLÉGRAPHES ET TÉLÉPHONES. — POUR PARIS. — 2ᵉ circonscription. — *Médecin titulaire :* M. le Dʳ Rousselet.
8ᵉ circonscription. — *Médecin titulaire :* M. le Dʳ Birbis.
11ᵉ circonscription. — *Médecin suppléant :* M. le Dʳ Laurent.
15ᵉ circonscription. — *Non vacant.* M. le Dʳ Laplanche.

BANLIEUE. — *Médecin titulaire à Aulnay-sous-Bois:* M. le Dʳ Marty.

LILLE. — *Médecin titulaire* : M. le Dʳ Dekester.

LYON. — *Médecin suppléant :* M. le Dʳ Fort.

MARSEILLE. — *Médecin consultant, non vacant :* M. le Dʳ Girbal.

MINISTÈRE DE L'EDUCATION NATIONALE. — *Médecins du lycée Rollin :* MM. les Dʳˢ Wurmser, Finot, Lejard et Menard.
Médecins du lycée de Bayonne : MM. les Dʳˢ Daubin et Corrèges.
Médecin du lycée de la Roche-sur-Yon : M. le Dʳ Riou.

Oculiste du lycée de Montpellier : M. le Dr Dejon.

Médecin du lycée de Valence (non vacant) : M. le Dr Rochaix.

GOUVERNEMENT GÉNÉRAL DE L'ALGÉRIE. — *Médecin du collège de garçons de Blida :* MM. les Drs Rivet et Laquière.

Contre la dénatalité. — Le groupe de la famille du Conseil municipal et du Conseil général a reçu une délégation de l'association « Médecine et Famille », conduite par les docteurs Labey, Le Lorier et Renaudeaux.

La délégation a entretenu le groupe de la lutte contre l'avortement.

Après un échange de vues, il a été décidé que le bureau du groupe et la délégation de l'association « Médecine et Famille » demanderaient au préfet de police et au directeur de l'Assistance publique une entrevue afin de leur exposer un certain nombre de suggestions propres à donner, en ce qui concerne la lutte contre l'avortement, des résultats importants dans la région parisienne.

Médaille du docteur Jean Hallé. — La Société de Pédiatrie dans sa séance de décembre a ratifié par un vote unanime une proposition de son Bureau d'organiser en l'honneur de M. Jean Hallé, médecin honoraire des Enfants-malades et secrétaire général depuis 1913 de la Société de Pédiatrie, une manifestation d'attachement et de reconnaissance.

Il a paru au Bureau qu'une médaille frappée à cette occasion serait l'expression la meilleure des sentiments de ses collègues, de ses élèves et de ses amis. L'exécution en a été confiée à M. André Roché.

Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille. Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599), ou mandat, au Trésorier M. Georges Masson, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Prix du Bulletin médical. — A l'occasion de son cinquantenaire, le Bulletin Médical a décidé de fonder un prix annuel de 3.000 francs.

Ce prix est destiné à récompenser l'auteur d'une thèse de médecine consacrée à un sujet historique, littéraire ou artistique.

Il sera décerné pour la première fois en décembre 1939 à une thèse soutenue dans le cours de l'année scolaire 1938-1939 pour le Doctorat d'Etat devant une Faculté de médecine française.

Les candidats sont priés d'envoyer avant le 31 juillet 1939, trois exemplaires de leur thèse avec une lettre posant leur candidature au Bulletin Médical, 2, rue Casimir Delavigne, Paris 6e.

Avis de concours. — Un concours sur titres, complété par une épreuve de clinique et orale, est ouvert en vue du recrutement d'un médecin spécialisé (n'exerçant pas en clientèle), chargé du service des dispensaires antituberculeux de la Loire-Inférieure. Les conditions de rémunération sont celles prévues au règlement intérieur des dispensaires antituberculeux.

Les candidatures seront reçues jusqu'au 6 juillet à l'Office Central des Œuvres d'Hygiène Sociale de la Loire-Inférieure, 17, rue Arsène Leloup à Nantes.

Le 2e salon de la France d'Outremer aura lieu à Paris, au Grand Palais, du 23 novembre au 10 décembre 1939. Cette très importante manifestation de la valeur de notre empire mettra sous les yeux des visiteurs l'ensemble des ressources matérielles de nos colonies ; d'autre part, elle mettra en lumière l'œuvre humaine et civilisatrice à laquelle la France s'est attachée.

LIVRES NOUVEAUX

La pyrétothérapie, par Charles RICHET, Jean SURMONT et Pierre LE GO. — Un volume de 192 pages avec figures. Prix : 50 francs. Masson, éd., Paris.

Si, en effet, la pyrétothérapie a été étudiée dans différents Congrès, dans de nombreuses publications ou articles, de langue française, anglaise ou allemande — il ne semble pas qu'il y ait paru jusqu'à ce jour une monographie traitant le sujet dans son ensemble — avec les différentes méthodes pour réaliser la fièvre. Et pourtant cette thérapeutique paraît être la thérapeutique de choix dans maintes affections — c'est dire que ce livre s'adresse non pas seulement aux physicothérapeutes, mais encore à tous les médecins.

Après un rapide historique, les auteurs indiquent les bases physiologiques bactériologiques et expérimentales de cette méthode. Physiologiques, puisque comme ils le disent, il y a pour l'homme deux physiologies différentes : L'une à 37°, l'autre à 40°, et que lorsque cette température est atteinte, l'homme présente une défense plus active contre la maladie. Bactériologiques puisque certains agents pathologiques : le Tréponème et le gonocoque sont thermolabiles et que pour des températures non léthales leur virulence est diminuée. Expérimentales puisque la chaleur seule ou la chaleur associée à la chimiothérapie guérit un certain nombre d'affections expérimentales.

Puis, dans une seconde partie, ils traitent des techniques divisant la Pyrétothérapie en deux grandes classes : la Pyrétothérapie active et la Pyrétothérapie passive.

a) Dans la Pyrétothérapie active, la fièvre produite par injections de protéines, de dérivés protéiques, d'huile soufrée, de sels colloïdaux, de corps microbiens, etc., est due à la réaction de l'organisme.

b) Dans la Pyrétothérapie passive réalisée par les bains chauds, les ondes courtes, les infra-rouges où la méthode du Kettering-hypertherm, on provoque l'hyperthermie par énergie calorique fournie à l'organisme ou transformation de l'énergie électrique.

Les auteurs entrent dans le détail de ces techniques. Ils indiquent également les accidents et les contre-indications qui sont les unes absolues, les autres relatives.

Dans la troisième partie, la plus développée, ils insistent sur les résultats auxquels les différents auteurs et eux-mêmes sont arrivés, notamment avec la blennorragie.

Les auteurs abordent ensuite le traitement de la syphilis, puis, passant en revue les affections nerveuses, ils montrent l'importance de la Pyrétothérapie dans le traitement de la chorée grave, de la sclérose en plaques, des algies, des psychose, etc.

Enfin, après un chapitre de pathogénie, les auteurs insistent sur l'avenir de la méthode qui exalte les défenses de l'organisme, qui diminue la virulence microbienne. Pour eux, l'avenir de la méthode est moins la simple Pyrétothérapie que son association avec la chimiothérapie, association qui, dans diverses affections, a déjà fait ses preuves.

La médecine d'urgence : symptômes, diagnostic, traitement immédiat, formulaire, 7e édition revue et augmentée par J. ODDO. — Un vol. in-8° de 840 pages : 120 fr. G. Doin, édit., Paris.

PRATIQUE MÉDICALE

LE CŒUR DES OBÈSES

La dégénérescence graisseuse du myocarde fait, trop souvent, des obèses de véritables cardiaques ; ce fait est gênant pour la mise en œuvre d'une thérapeutique active.

La thyroxine, dans de tels cas, n'est pas sans danger, et son administration doit être surveillée de très près. Les dérivés dinitrés, par contre, ont l'avantage d'être dépourvus de toxicité pour le cœur, ainsi que l'ont montré les travaux expérimentaux (Taussig) électrocardiographiques (Simkins) et cliniques (Jacques Bell).

On a pu dire que la dinitrothérapie remplace chez les obèses cardiaques l'exercice physique qui leur est interdit, ceci à condition de donner la préférence au plus actif et au moins toxique des dérivés dinitrés : la dinitrophényl-lysidine (professeur Pouchet).

Pour réaliser pratiquement une telle cure, on prescrira dinitra, dinitrophényl-lysidinie pure, à la dose de 1 comprimé par 10 kilogs de poids corporel.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC des ABCÈS de la FOSSE ILIAQUE DROITE

(*Fin*) (1)

Parfois la fosse iliaque droite est le siège d'un empâtement, mais cette impression se retrouve à gauche. La percussion découvre une matité abdominale basse, typiquement en « cœur de carte à jouer ».

De tels symptômes observés chez une femme qui après un retard de règles de quelques jours a présenté de petites métrorragies, chez laquelle on découvre au T.V. un comblement diffus des culs-de-sac fixant l'utérus doit évoquer l'idée d'une hématocèle suppurée.

La ponction du Douglas confirmerait ce diagnostic qui justifie une colpotomie.

A côté de ces lésions d'origine génitale qui ne sont jamais franchement abdominales, mais abdomino-pelviennes, il est d'autres affections plus rares, et partant d'un diagnostic difficile.

Parfois c'est un *phlegmon ostéomyélitique* en rapport avec une lésion de la crête, ou de l'aile iliaque.

Un *abcès venu de la sacro-iléaque* qui peut être de nature tuberculeuse, mais surinfecté, réchauffé, et se traduisant par une évolution progressive, qui se fait jour vers la paroi abdominale antérieure.

Tels sont encore les cas de *pérityphlite suppurée*, de suppuration d'origine ganglionnaire.

Parfois enfin, on peut avoir à reconnaître, une lésion pariétale, phlegmon venu du grand droit, dans la gaine duquel il s'est développé. La paroi est rigide, inflammatoné, œdématiée.

Il est évident que dans tous les cas, à plus forte raison dans les plus difficiles. Le diagnostic clinique doit s'aider d'examens complémentaires :

Radiographies du tube digestif, ou du cadre osseux du palais;

Ponctions d'abcès extrapéritonéaux; examens bactériologiques; injections de liquide opaque dans l'abcès après évacuation du pus, etc.

Lésions d'allure chronique

A l'opposé de ces suppurations aiguës ou subaiguës des aspects cliniques tout différents peuvent se trouver réalisés à savoir ceux d'une :

Tuméfaction liquidienne, indolore, élastique silencieuse, apyrétique, souvent méconnue du malade et découverte par hasard à l'occasion d'un examen médical entrepris pour d'autres symptômes.

Le type en est l'*abcès pottique* venu d'une lésion vertébrale dorso-lombaire ou lombaire et développé dans la gaine du psoas ou le long de ce muscle.

De tels abcès migrateurs à long trajet peuvent franchir l'arcade crurale passant au-dessous d'elle et fuser vers la cuisse réalisant un de ces abcès en bissac très caractéristique.

D'autres fois, l'arcade crurale bridant le psoas marque un temps d'arrêt à leur progression et leur permet de prendre à la fosse iliaque un développement considérable.

On perçoit ces abcès à l'aide d'une palpation profonde, soutenue, pratiquée de la ligne médiane vers la crête iliaque.

La recherche de la lésion vertébrale, dorso-lombaire ou lombaire toujours décelable à cette période évolutive avancée, tranche toujours le diagnostic, et des radiographies viennent confirmer ce diagnostic.

Les abcès seront ponctionnés en même temps que sera traité le mal de Pott responsable.

D'autres fois l'examen ne recueille pas d'impressions aussi nettes, mais une vague sensation de résistance profonde, d'empâtement indolore qui remplit la fosse iliaque droite. Certaines *péritonites tuberculeuses localisées* réalisent des aspects semblables, de diagnostic difficile.

L'examen complet de l'abdomen et du pelvis, l'état général, une localisation pulmonaire, aideront à faire ce diagnostic.

Du point de vue du diagnostic différentiel :

Il importe de s'attacher à reconnaître une *bacillose iléo-cocéale*, tuméfaction souvent mollasse, pseudo-liquide, à contours souvent mal définis sauf en dedans. L'examen radiologique, et sous l'écran l'étude des caractères de cette tuméfaction permettront, en général, de faire ce diagnostic.

Une participation péritonéale et ganglionnaire le rend souvent très difficile, en noyant les symptômes propres à la tuberculose viscérale, dans un empâtement beaucoup plus diffus.

Sachons enfin que de semblables aspects peuvent être réalisés par des lésions kystiques, ou tumorales, de natudes diverses, véritables diagnostics d'élimination, ou découvertes opératoires.

Il ne s'agit pas toujours, en effet, de tumeurs liquidiennes suppurées ou non, telles qu'un kyste hydatique, un énorme hydro-cholecyste, mais de véritables tumeurs dont la consistance mollasse en imposerait pour un abcès : Tumeurs d'origine vésicale, hydronéphrose par ptose, appendices géant, tumeurs cœcales, diagnostics que la clinique seule est souvent impuissante à préciser en l'absence de signes associés caractéristiques, ou de nombreux examens complémentaires. Ce sont là des cas qui justifient l'exploration chirurgicale, geste qui pourra être en même temps curateur.

J. REIGNIER.

(1) Voir *Gaz. Hôp.* N° 47, du 14 juin 1939, p. 834.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY MAILLET, 8, rue de Châtillon, Paris.

N° 50. — SAMEDI 24 JUIN 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS.
Dénatalité française, par M. le Professeur P. NOBÉCOURT.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
Toujours à propos de la retraite Pomaret, par M. MORDAGNE (Déclarations de MM. les Professeurs MARFAN et Emile SERGENT, et du Dr JUMON).

PRATIQUE MÉDICALE.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat s'ouvrira le 9 septembre 1939.

Inscription au siège administratif des hospices (bureau du personnel médical), 3, quai des Célestins, Lyon, avant le samedi 29 août.

Facultés de médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — *Section de médecine générale. Leçon d'une heure.* — 1re Séance du 20 juin :

M. Delarue (Paris) : « Intoxication par les benzols ».
M. Martin (Lyon) : « L'Avitaminose A. ».

2e Séance du 20 juin :

M. Vachon (Lyon) : « Les épanchements pleuraux des cardiaques ».
M. Planques (Toulouse) : « Les anémies hypochromes ».
M. Saric (Bordeaux) : « L'atélectasie pulmonaire ».

1re Séance du 21 juin :

M. Warter (Strasbourg) : « L'arythmie complète ».
M. Michon (Nancy) : « Les myélomes multiples ».
M. Manceaux (Alger) : « Les troubles endocriniens de la ménopause ».

2e Séance du 21 juin :

M. Lenègre (Paris) : « Syndromes hypophysaires antérieurs ».
M. Péron (Paris) : « Abcès du poumon ».
M. Serre (Montpellier) : « Les sciatiques ».
M. Desoille (Paris) : « Kystes aériens du poumon ».

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le mardi 18 juillet 1939.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent subir les épreuves du concours. Ils devront être français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus.

Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui pendant lequel les candidats auront accompli leur service militaire.

Les registres d'inscription seront clos le 12 juillet 1939, à seize heures.

Académie des sciences. — Le Dr Justin Jolly, professeur d'histophysiologie au Collège de France, membre de l'Académie de médecine a été élu lundi membre de l'Académie des sciences.

Ancien interne des hôpitaux de Paris (1894), M. Jolly a été successivement chef de laboratoire à la Faculté, maître de conférences à l'Ecole des Hautes études, et secrétaire général de la Société de biologie.

Continuant les travaux de ses maîtres Ranvier et Malassez, M. Jolly a consacré la plus grande partie à des recherches aujourd'hui classiques relatives à l'hématologie. Rappelons sa thèse de doctorat consacrée à des recherches sur les globules blancs, puis ses travaux sur l'hématopoïèse, sur le système lymphatique et la rate, sur la radio sensibilité cellulaire. C'est une magnifique vie de labeur que vient d'honorer l'Institut de France.

Assistance médicale indigène. — Un concours est ouvert pour 9 places de médecins pour le cadre de l'As-

sistance médicale indigène en Afrique occidentale française. Ce concours est réservé aux docteurs en médecine pourvus du diplôme de médecine coloniale.

Les soldes à la colonie s'échelonnent de 40.800 fr. à 113.900 fr. plus indemnités spéciales, passages, congés de 6 mois avec solde entière tous les deux ans.

Nomination d'emblée à grade variable pour les anciens externes et internes.

Inscriptions avant le 30 juin 1939. Ouverture du concours : le 31 août 1939.

Epreuves à Paris, Bordeaux et Marseille.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire de Médecine coloniale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Inauguration de l'Exposition de la Sécurité. — M. Ed. Daladier, président du conseil a inauguré vendredi l'Exposition de la Sécurité aux Invalides.

Le président, accompagné par le général Decamp, directeur de son cabinet militaire, a été accueilli par M. André J.-L. Breton, sénateur, commissaire général de l'Exposition entouré de MM. Villey, préfet de la Seine ; Langeron, préfet de police ; le général Billotte, gouverneur militaire de Paris ; le général Aubé, inspecteur de la défense aérienne ; le général Daudin, directeur de la défense passive ; Perrier, secrétaire général permanent de la défense passive de la région parisienne ; le médecin général Gay-Bonnet, directeur du service de santé de la région de Paris, le médecin général Cot, etc.

M. Daladier s'intéressa vivement aux présentations concernant la défense passive, notamment aux tranchées-abris de la ville de Paris, au matériel de détection des gaz de la préfecture de police. Les panneaux éducatifs édités par « l'Œuvre pour la Sécurité et l'Organisation des Secours » présentant les consignes de la défense passive ont vivement retenu l'attention du président du conseil qui a visité les stands animés avec le concours des Associations dont les volontaires mettent en œuvre les recommandations officielles sous les yeux du public.

M. Edouard Daladier visita également la remarquable installation de D.C.A., les sections de la Lutte contre le Feu, de la Sécurité dans les Transports et de la Sécurité dans le Travail.

Rappelons que cette exposition, *qu'il faut visiter*, restera ouverte jusqu'au dimanche 25 juin au soir.

Association internationale de cosmobiologie. — Une Assemblée générale a été tenue à Menton, du 9 au 11 avril 1939, sous la présidence du prof. Laignel-Lavastine, a fixé le second Congrès International à Rome, à la date du 12 mai 1940 (Pentecôte), sous la présidence du prof. Sabatini, directeur de la Clinique Médicale de l'Université de Gênes. L'Association accepte le principe de cette proposition, mais pense qu'il est préférable, dans les circonstances actuelles, d'ajourner toute décision définitive.

Les Membres de l'Association, après avoir assisté à Menton et à Monte-Carlo, se sont séparés le 12 avril, en fixant au dimanche 12 septembre la date de l'Assemblée générale suivante. Pour tous renseignements, prière d'écrire au Dr M. Faure, secrétaire général à La Malou (Hérault).

COURS

Clinique thérapeutique médicale de la Pitié (Professeur F. Rathery).

Mardi 27 juin. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Mercredi 28 juin. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies du rein.

Jeudi 29 juin. — 10 h. 30 : M. Rathery : Leçon clinique : cancer du pancréas et diabète.

Vendredi 30 juin. — 11 h. 15 : Policlinique et thérapeutique appliquée : M. Rathery : maladies de la nutrition, diabète, rhumatisme, endocrinologie.

Hôpital Beaujon, Clichy. — *Applications thérapeutiques de l'ozone médical.* — Le mardi 27 juin 1939 et les jours suivants à 11 heures, dans le Service d'Electro-Radiologie de L. Gérard, M. P. Aubourg fera la cinquième série de conférences théoriques et pratiques, avec présentation de malades, sur les sujets suivants :

Mardi 27 juin : Production, posologie de l'ozone médical ; modes actuels d'applications cliniques (600 malades).

Mercredi 28 juin : L'action bactériologique et antitoxinique de l'ozone médical ; modifications du sang, des urines et du pH en cours et en fin de traitement.

Jeudi 29 juin : L'ozone en chirurgie : plaies traumatiques, suppurations et fistules des parties molles après interventions chirurgicales, fistules osseuses.

Vendredi 30 juin : L'ozone dans les formes cliniques de la colibacillose.

Samedi 1er juillet : L'ozone dans les affections médicales aiguës et chroniques et dans les intoxications.

NÉCROLOGIE

Le professeur Edgard Zunz, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, il avait présidé en 1935 les Journées médicales de Bruxelles, il était le président de l'Union thérapeutique internationale.

Nous adressons nos biens vives condoléances à la rédaction de *Bruxelles médical* qui le comptait parmi ses membres.

DÉNATALITÉ FRANÇAISE [1]

par le Professeur Pierre NOBÈCOURT

Je vais vous entretenir, dans cette première leçon du second semestre, de la *dénatalité française*. Vous vous étonnerez peut-être du choix d'un tel sujet comme matière d'enseignement à la *Clinique médicale des enfants*. Mais ce choix me paraît tout à fait légitime.

D'une part, le médecin des enfants est intéressé au recrutement des sujets dont il doit surveiller l'hygiène et l'éducation, auxquels il doit prodiguer ses soins, de même que le ministre de la Défense nationale est intéressé au recrutement des armées de terre, de mer et de l'air. Or la diminution croissante du nombre des naissances est une grave menace pour ces divers recrutements.

D'autre part, la dénatalité est, par son importance, un problème national. Ce problème intéresse tous les Français et particulièrement les médecins, qui peuvent jouer un grand rôle dans le redressement de la situation. Nous devons donc saisir toutes les occasions de vous en informer, vous, les jeunes, qui devez être et qui serez, je n'en doute pas, les agents de ce redressement, dont dépend la destinée de la France.

Je ne puis avoir la prétention de vous exposer le problème de la dénatalité dans tous ses détails. Il a été l'objet de nombreux travaux où j'ai puisé les éléments de cette leçon, aux assises de *La Médecine générale française*, en 1937, à l'*Académie de Médecine*, en 1937-1938, ainsi que dans les journaux et les revues. Je dois signaler, d'une façon toute spéciale, les efforts inlassables de l'*Alliance nationale contre la dépopulation* et de son dévoué président, M. Fernand Boverat.

Je vais envisager la dénatalité en me conformant à la méthode clinique, que nous utilisons pour l'étude de nos malades; et, en réalité, elle est une maladie dont le pronostic est très sévère. Je vais passer en revue : 1° les *faits;* 2° les *conséquences;* 3° les *causes;* 4° la *prophylaxie* et le *traitement*.

* * *

Etudions les FAITS.

Le fait capital est que le NOMBRE ANNUEL DES NAISSANCES est très inférieur actuellement à ce qu'il était autrefois.

De 1806 à 1856, ce nombre est compris entre 927.000 et 987.000 et, en moyenne, pour toute cette période, de 960.000.

En 1866 et en 1876, ce nombre dépasse le million : 1.022.000 en 1876. C'est le maximum.

Dès lors, ce nombre décroît graduellement. Il tombe à 907.000 en 1886, 867.000 en 1896; il se maintient dans les 700.000, de 1906 (787.000) à 1932 (722.000), et depuis est dans les 600.000 (682.000 en 1933; 610.000 en 1938).

(1) *Clinique médicale des enfants.* Leçon du 11 mars 1939.

En 1938, il est né 412.000 enfants de moins qu'en 1876; en soixante-deux ans, la diminution du nombre de naissances est de 40 %.

L'étude du NOMBRE ANNUEL DES NAISSANCES POUR 1.000 HABITANTS confirme cette notion.

Ce nombre, au début du XIXe siècle, pendant la période 1801-1810, est de 33; au début du XXe siècle, pendant la période 1901-1910, il n'est plus que de 21.

Depuis, le déclin s'accélère. Le nombre annuel de naissances pour 1.000 habitants est :

1911 à 1930	18
1931 et 1932	17
1933 et 1934	16
1935 et 1936	15
1937 et 1938	14

Autrement dit, pour donner naissance à 100 enfants, il faut, approximativement :

De 1801 à 1810	3.000 habitants
De 1901 à 1910	4.700 —
En 1937 et 1938	7.100 —

Encore faut-il préciser que toutes ces naissances ne sont pas des naissances françaises. *Un certain nombre de nouveaux-nés appartient à des familles étrangères vivant sur notre sol.*

En 1934, par exemple, sur 667.000 nouveau-nés, 50.000 étaient fils d'étrangers, soit environ 7 %.

Il faudrait tenir compte en outre, du nombre des naissances dans les familles d'*étrangers naturalisés récemment* et qui ne sont pas de vrais Français.

Nous pouvons apprécier l'importance de l'*invasion*, par la proportion élevée dans les salles et les consultations de l'hôpital, d'enfants dont les noms ne sont certainement pas français.

Pour terminer ces données statistiques, j'ajouterai que le NOMBRE DES ENFANTS PAR MÉNAGE ne cesse de diminuer depuis le début du XIXe siècle. Il est :

En 1801	De 4,5
En 1851	De 3,3
En 1901	De 2,8
En 1911	De 2,3

et aujourd'hui est inférieur.

L'examen des statistiques suffit à établir la *réalité et l'importance de la dénatalité française.* Si elle se poursuivait suivant le même rythme, la dénatalité augmenterait rapidement pendant les années à venir. D'après les calculs de M. Sauvy et les exposés de M. Fernand Boverat, le nombre des naissances tomberait à 475.000 en 1945, à 280.000 en 1965, à 127.000 en 1985, dans moins d'un demi-siècle.

* * *

Les CONSÉQUENCES DE LA DÉNATALITÉ sont malheureusement évidentes.

M. Fernand Auburtin, en 1929, dans son livre *En péril de mort*, brosse, en quelques lignes, la destinée de la France, si le nombre des naissances continue de diminuer :

« Tomber d'un rang éminent au rang le plus subalterne, comme autrefois la Grèce dans le monde romain; peut-être disparaître entièrement de

la scène, comme Babylone et Ninive : c'est le sort des peuples, si puissants qu'ils aient été, où les foyers et les champs, devenus presque vides, appellent irrésistiblement la colonisation, puis l'invasion et la conquête.

« Mais, de même que la mort, chez les individus, s'annonce par l'affaiblissement de tous les organes, ainsi la dépopulation, avant d'anéantir un Etat, le frappe d'abord d'une sorte de déchéance générale. Déchéance politique et militaire : il voit ses frontières menacées et son indépendance compromise. Déchéance économique : ses forces productrices diminuent sans cesse, il devient incapable de soutenir la lutte industrielle et commerciale contre des rivaux plus nombreux. Déchéance physique, intellectuelle et morale : ...les corps et les âmes s'amollissent et dégénèrent : ce peuple finit par périr misérablement. »

N'observons-nous pas aujourd'hui hélas! presque trait pour trait, ces conséquences de la dénatalité française ? Je n'insiste pas.

Précisons quelques-unes des conséquences de la dénatalité :

La conséquence immédiate est la *dépopulation* et le *vieillissement de la population.* Toutes les autres conséquences découlent directement de ces phénomènes.

La DÉPOPULATION est due à ce que les *naissances* sont en nombre insuffisant pour compenser les *décès.* Si le nombre des naissances l'emporte sur le nombre des décès, la population s'accroît; s'ils s'équilibrent, la population reste stable; si les décès l'emportent, la population diminue. A ces deux facteurs, s'ajoutent l'*immigration* et les *naturalisations.*

On a avancé que la *diminution de la mortalité* et plus particulièrement de la *mortalité infantile* (mortalité de 0 à 1 an), pouvait compenser la diminution du nombre des naissances.

Elle le peut dans une certaine mesure; mais cette mesure est bien faible. Pendant le XIXe siècle, la population a augmenté, alors que la mortalité était plus forte qu'aujourd'hui, parce que la natalité était élevée. Actuellement, alors que la mortalité a diminué, les décès l'emportent sur les naissances, parce que la natalité est faible.

L'exemple suivant en administre la preuve :

En 1926, il y a eu 700.000 naissances et 68.600 décès dans la première année (9,8 %) ; à 1 an, il restait donc 631.400 enfants.

En 1937, il y a eu 617.000 naissances et 40.000 décès dans la première année (6,5 %); à 1 an, il restait donc 577.000 enfants.

Le nombre des enfants d'un an a diminué de 8 %, bien que la mortalité infantile ait diminué de 12 %.

La *balance annuelle des naissances et des décès* a été largement bénéficiaire jusqu'en 1885; depuis, la marge des bénéfices va en s'amoindrissant. De 1910 à 1933, l'excédent des naissances tombe de 71.400 à 21.500. Je ne parle pas des années de guerre.

A partir de 1935, la balance est déficitaire : l'excédent annuel des décès est de 18.000, en 1935; de 12.000 en 1936; de 11.700 en 1937.

Du fait de l'excédent des naissances, la *population de la France* a augmenté jusque vers 1900. Elle était :

En 1800	De 27	millions
En 1850	De 35	—
En 1865	De 38	—
En 1900	De 39	—

Puis elle est restée stationnaire en 1910 (39 millions).

Actuellement, elle est de 41 millions.

Le nombre actuel des habitants, malgré la dénatalité, est dû à l'immigration et aux naturalisations qui ont considérablement augmenté depuis quelques années.

Le nombre des étrangers était de 379.000 en 1851; de 1.133.000 en 1911; depuis 1927, il dépasse 3 millions.

Sur 100 habitants, il y avait 1 étranger en 1851; il y en a maintenant 7.

Sans l'apport étranger, le taux de la population aurait diminué depuis 1910; il serait de 37 à 38 millions.

Devons-nous nous féliciter de cet afflux étranger. Je ne le pense pas. Si cela continue, les Français ne seront plus les maîtres chez eux. C'est la colonisation qui commence. Déjà, dans certaines régions, sont installées des colonies étrangères, qui continuent de parler leur langue, ont leurs prêtres et leurs maîtres d'école. Dans ces conditions l'assimilation est impossible et déjà on voit poindre le problème des minorités nationales, cette plaie saignante des nations de l'Est de l'Europe.

La dénatalité entraîne, en même temps que la dépopulation, le VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.

Il est évident que plus le nombre des naissances diminue, plus la proportion des individus âgés, par rapport aux individus jeunes, s'élève. Le nombre des habitants âgés de 60 ans et plus était de 4 millions en 1860; il est de 6 millions en 1935; le pourcentage est passé de 10 à 14.

Si la dénatalité continuait de progresser, le nombre des habitants âgés deviendrait très grand.

Voici d'ailleurs, d'après un tableau publié par M. Fernand Boverat, dans un opuscule : *Comment nous vaincrons la dénatalité,* la *répartition, en* 1935, *des habitants suivant les âges* et ce qu'elle serait en1 965.

	Nombre d'habitants en 1935 — Global	%	en 1965 — global	%
0 à 14 ans	10.200.000	24	2.600.000	8
15 à 34 ans	12.000.000	28	6.500.000	20
35 à 54 ans	10.800.000	26	11.500.000	36
55 ans et plus	8.400.000	20	11.200.000	35
	41.400.000		31.800.000	

La France est en train de devenir une nation de vieillards.

La diminution et le vieillissement de la population entraînent notre affaiblissement dans tous les domaines; affaiblissement de notre force militaire et de notre influence dans le monde du point de vue politique et intellectuel; diminution de notre production et de notre consommation, de nos exportations, tant en produits manufacturés qu'en hommes; mort de notre marine marchande; impossibilité de mettre en valeur le territoire national et l'empire français d'outre-mer; impossibilité de résoudre les problèmes financiers. La France se comporte comme la *Peau de chagrin* dont Balzac nous a raconté l'histoire.

Mais je ne puis étudier, malgré leur intérêt, ces conséquences qui ne sont pas du ressort de la médecine. Je préfère m'étendre sur les facteurs étiologiques de la dénatalité.

***

Avant d'aborder l'exposé des CAUSES DE LA DÉNATALITÉ FRANÇAISE, je dois signaler un facteur, qu'on incrimine parfois, à savoir : l'infécondité due à l'*épuisement* de la race, à son *vieillissement*. C'est là une vue de l'esprit; les Français et les Françaises d'aujourd'hui sont aussi féconds que ceux d'autrefois : témoins les Canadiens français.

Les causes de la dénatalité sont :

1° Des facteurs d'*ordre médical;*
2° Des facteurs d'*ordre moral* et *psychologique;*
3° Des facteurs d'*ordre économique* et *social*.

Les premiers sont responsables de la *stérilité involontaire*, les autres de la *stérilité volontaire* et de l'*avortement criminel*.

Les FACTEURS D'ORDRE MÉDICAL sont ceux qui entraînent la *stérilité involontaire* ou l'*impossibilité* de mettre au monde des enfants vivants ou viables.

La *stérilité involontaire* n'est pas rare. Elle peut être le fait soit de la femme, soit de l'homme. Dans un rapport sur le *dépeuplement d'origine obstétricale*, lu à l'*Académie de Médecine*, le 29 juin 1937, le professeur Brindeau estime que, sur 100 mariages stériles, le mari est en cause 20 à 30 fois.

La stérilité est tantôt *congénitale* ou *héréditaire*, tantôt *acquise*. A la consultation des femmes stériles de l'Hôpital Lariboisière, M. Devraigne a observé que la première était responsable 3 fois sur 5.

La *stérilité congénitale* ou *héréditaire* est la conséquence d'une dysplasie, d'une aplasie, d'une malformation de l'appareil sexuel. Ces états locaux sont tantôt isolés, tantôt intriqués à une dystrophie générale, dont la manifestation la plus caractéristique est l'infantilisme.

La *stérilité acquise* relève de maladies et surtout d'une infection de l'appareil génital causée par le gonocoque ou par une infection consécutive à un avortement criminel.

L'*impossibilité de mener à bien la grossesse* relève des mêmes causes que la stérilité; il faut y ajouter la syphilis et l'alcoolisme, dont le rôle est grand et qui peuvent être responsables également de la stérilité.

Quel que soit l'intérêt des facteurs d'ordre médical, ils ne tiennent pas une grande place dans les causes de la dénatalité.

Les FACTEURS D'ORDRE MORAL ET PSYCHOLOGIQUE jouent un rôle très important dans la dénatalité.

Ils résident essentiellement de la substitution, qui s'est faite progressivement, depuis près de deux siècles, au concept de la *famille* du concept de l'*individualisme*.

Autrefois, la *famille* était la base de l'Etat; elle primait l'individu. Elle répondait à la définition donnée, le 5 décembre 1919, par le *Congrès des Associations familiales de France*, dans la *Déclaration des droits de la famille*.

« La famille, fondée sur le mariage, hiérarchiquement constituée sous l'autorité paternelle, a pour fin de transmettre, d'entretenir, de développer, de perpétuer la vie humaine ».

Or, les philosophes de la seconde moitié du XVIIIe siècle ont sapé les fondements de la famille, de l'Etat, de la morale, de la religion; ils ont préconisé les droits de l'individu, sans parler de ses devoirs. Leurs idées triomphent avec la Révolution, dont les législations successives conduisent à la dissociation de la famille. Il s'y joint l'affaiblissement des idées morales et religieuses, de la notion du devoir. L'éducation matérialiste, le goût du bien-être et du plaisir, tout concourt à assurer le triomphe de l'*individualisme*, c'est-à-dire de l'égoïsme dans la vie privée et dans la vie publique, qu'il ne faut pas confondre avec l'*individualité*. L'individualité, la personnalité sont respectables; il faut les encourager et favoriser leur développement; mais à la condition que l'individu les mette au service de l'intérêt général. L'individualisme au contraire, est haïssable, car il n'envisage que l'intérêt particulier.

Les méfaits de l'individualisme sont constatés par des hommes de tendances politiques et religieuses très diverses.

M. Edouard Herriot écrit quelque part : « Une nation n'est pas une collection d'individus, c'est un groupement de familles qui s'enchaînent. L'unité organique, ce n'est pas l'individu, c'est la famille... Ce n'est que par une réorganisation générale de l'Etat que nous parviendrons, si nous en avons le courage, à restaurer la famille française. »

M. Mussolini, qui a tant fait pour la famille italienne, dit, dans un de ses discours : « Lorsqu'un homme ne sent plus la force et l'orgueil d'être continué comme individu, comme famille et comme peuple; si, par contre, il ne sent pas la tristesse et la honte de mourir comme individu, comme famille et comme peuple..., alors, c'est l'esclavage et la mort. »

Parmi les facteurs moraux et psychologiques de la dénatalité, une place importante revient aux théories de Thomas Malthus, qui a vécu de 1766 à 1834, et de ses disciples. Pour Malthus, la surpopulation entraîne la pauvreté et la misère; pour les combattre, il faut limiter le nombre des naissances. Mais alors que le *malthusianisme* prêche la

contrainte sexuelle, le *néo-malthusianisme* préconise la satisfaction des jouissances; depuis une cinquantaine d'années, il poursuit, par tous les moyens, une campagne acharnée, répétant que la stérilité volontaire et même l'avortement sont un droit et un bienfait social.

Aux Etats-Unis se sont tenus des Congrès pour la limitation des naissances, pour le *birth control*. En Grande-Bretagne, M. Ramsay Macdonald, chef du parti travailliste, l'a préconisée comme un moyen de combattre le chômage, et à la Chambre des Lords, en 1926, on a présenté une motion autorisant l'enseignement, dans les maternités, des méthodes anti-conceptionnelles, aux femmes mariées qui le demanderaient.

Il n'est pas jusqu'à l'*Eugénisme* qui n'ait une part de responsabilité. Son but est d'obtenir des parents qu'ils se mettent dans les meilleures conditions de santé pour procréer de beaux enfants. Certes, il est louable. Mais il a pour la natalité des conséquences fâcheuses. Combien de personnes bien portantes, peu désireuses d'avoir des enfants, ne se trouveront jamais en état d'en avoir; tandis que les tuberculeux, les alcooliques, les tarés, que la question ne préoccupe pas, auront de nombreux enfants chargés d'une lourde hérédité, qui finiront par être plus nombreux que les enfants sains.

Les facteurs moraux et psychologiques de la dénatalité trouvent enfin une aide puissante dans les facteurs d'ordre économique et social.

Les FACTEURS D'ORDRE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL sont complexes et d'ordres très divers. Tous concourent au même résultat : la restriction des naissances. Il faudrait être un économiste, un légiste, un financier pour pouvoir les étudier en détail. N'étant ni l'un ni l'autre, je me borne à signaler les principaux.

Ce sont : le *coût de l'existence*, la *législation fiscale*, le *régime sucessoral*, qui favorisent les individus au détriment des familles. C'est le *travail des femmes*.

Le *coût de l'existence* est un facteur très important de la diminution des naissances. L'enchérissement de la vie, qu'entraînent les dépenses exagérées de l'Etat et des collectivités, les gaspillages. les dévaluations successives,accroît de jour en jour le déséquilibre entre les revenus, quelle que soit leur nature, et les dépenses indispensables. Il atteint toutes les classes de la Société, mais beaucoup plus sévèrement les ménages ayant des enfants que les ménages sans enfants et les célibataires, que ceux-ci vivent seuls ou en union libre.

M. G. Bonvoisin écrivait, en 1937 : « Pour un même revenu, le célibataire, et même le marié sans enfants jouit d'une marge de superflu qu'absorbent à peu près les frais d'entretien d'un enfant. Avec deux enfants, la gêne peut apparaître dans un foyer; avec trois enfants, elle se manifeste incontestablement. Au-delà, c'est non seulement la misère, mais les privations qui portent atteinte à la santé, voire au développement normal de l'enfant ».

Cet état de choses existe, avec des modalités diverses non seulement dans la classe ouvrière, mais encore dans la classe moyenne, chez les fonctionnaires, les employés, les militaires, les commerçants, les industriels, les médecins, les avocats, etc.

Il y a là une suprême injustice. Elle est la conséquence de l'*individualisme*, dont je parlais tout à l'heure, de la formule célèbre : « A travail égal, salaire égal ».

Pour supprimer cette injustice, il faut remettre en honneur le concept de la *famille*. Il faut adopter une nouvelle formule, que préconise l'*Alliance nationale entre la dépopulation*, avec son président, M. Fernand Boverat : « A travail égal, égal niveau d'existence, que l'on ait ou non des enfants, et quel qu'en soit le nombre ».

On a calculé que, pour assurer un égal niveau d'existence, il faut que les ressources présentent les péréquations suivantes :

Célibataire	100
Un ménage sans enfant	150
— avec 1 enfant	200
— avec 2 enfants	250
— avec 3 —	300
— avec 4 —	350
etc...	

On conçoit que, dans les conditions actuelles, les ménages hésitent à avoir des enfants. L'injustice envers les familles est un grand facteur de dénatalité.

La *législation fiscale* réalise une autre injustice à l'égard des familles.

Les *impôts indirects* et même les *impôts directs* frappent plus lourdement les ménages avec enfants que les ménages sans enfant et les célibataires. On a même montré que les impôts directs constituent une prime à l'union libre.

L'impôt n'est pas proportionné à la faculté contributive, contrairement au principe énoncé dans la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen*.

Le *régime successoral*, né de la Révolution, est encore un facteur de dénatalité, surtout à la campagne.

Dans l'ancienne France, la liberté de tester et le droit d'aînesse assuraient la perpétuité du domaine et de la famille. Les enfants étaient nombreux et la population augmentait. Les cadets allaient chercher fortune ailleurs ; on connait l'intense expension coloniale de la France au XVIIIe siècle.

La Révolution, au nom de l'individualisme, a bouleversé cet état de choses et le Code civil de Napoléon a rendu ce bouleversement définitif. L'obligation du partage des biens en autant de parts égales, non seulement en valeur, mais encore en nature, qu'il y a des enfants, est, suivant l'expression de M. Fernand Auburtin « une législation qui tue ».

Déjà, Balzac, au milieu du siècle dernier, écrivait avec son sens aigu des réalités: « Le Titre des successions du Code civil, qui ordonne le partage des biens, est le pilori dont le jeu perpétuel émiette le territoire, individualise les fortunes en leur ôtant


BACTÉRIOTHÉRAPIE LACTIQUE
MAXIMUM D'ACTIVITÉ
PRATIQUE AU MAXIMUM
KOUMYL
Gouttes de bacilles lactiques vivants
Conservation pratiquement illimitée
Traitement peu onéreux
KOUMYL
LABORATOIRES DEHAUSSY 66. R. NATIONALE - LILLE


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

une stabilité nécessaire, et qui, décomposant sans recomposer jamais, finira par tuer la France. »

Les conséquences sont évidentes. Le cultivateur, pour éviter le morcellement de ses terres, n'a qu'un enfant. C'est là une cause puissante de la dénatalité dans les campagnes et de leur dépeuplement.

Il en est de même d'ailleurs pour l'industriel et le commerçant.

Enfin, est-il juste qu'un fils marié et père de famille hérite de la même quotité que son frère célibataire ?

Le *travail des femmes* à l'usine, à l'atelier, au magasin, au bureau est une facteur très important de la dénatalité.

Le Dr Sicard de Plauzoles, dans une leçon sur *La lutte contre les maladies sociales*, publiée par *La Prophylaxie antivénérienne* de février 1939, signale qu'en France 2.745.000 femmes travaillent à l'usine. Sur 100 femmes mariées, 42 travaillent en France, tandis qu'il y en a seulement 34 en Allemagne, et 16 aux Etats-Unis.

Or, la moitié des femmes qui travaillent n'a pas d'enfants, et, pour les autres le nombre des fausses couches, des avortements, des mort-nés est beaucoup plus grand que pour les ménagères.

La femme qui travaille entre en concurrence avec l'homme ; elle met un homme en chômage, d'autant plus facilement, que par une injustice flagrante, son salaire est moins élevé. Si elle a des enfants, elle est soumise, du fait de son travail professionnel et de son travail ménager, à un véritable surmenage.

Dans les conditions sociales actuelles, étant donné l'insuffisance des salaires du mari pour faire vivre la famille, beaucoup de femmes sont réduites au travail.

C'est une situation qu'il faut faire cesser. Le rôle naturel et social de la femme est d'avoir des enfants, de les nourrir de son lait, de les élever.

Les facteurs d'ordre moral et psychologique, les facteurs d'ordre économique et social sont les vraies causes de la stérilité volontaire, à laquelle il faut ajouter l'*avortement criminel*.

L'*avortement criminel* est l'avortement provoqué volontairement sans raisons médicales sérieuses, par le seul désir de ne pas avoir d'enfant. Il joue un grand rôle dans la dénatalité.

Comme les avortements provoqués sont clandestins, il est impossible d'en évaluer le nombre.

Tous les gynécologues et les accoucheurs estiment que ce nombre a considérablement augmenté: A l'*Académie de médecine*, le 8 juin 1937, M. Armand Siredey a déclaré qu'autrefois son oncle, le Dr François Siredey voyait de temps en temps une femme qui s'était fait avorter, tandis que lui-même en voit plusieurs par mois.

Dans les maternités de Paris, on compte au moins, 1 avortement pour 5 ou 6 accouchements. Mais il est évident que toutes les avortées ne vont pas consulter les médecins.

On admet que le nombre des avortements criminels dans une année dépasse 500.000 ; qu'ils suppriment annuellement plus d'enfants qu'il n'y a eu de soldats français tués par année de guerre, de 1914-1918. Il suffirait, dit-on, de diminuer d'un huitième le nombre annuel des avortements pour avoir un surcroit de 50.000 à 70.000 naissances.

Malgré les théories de certains sophistes, pour qui la femme a le droit de se débarrasser du produit de la conception, si tel est son désir, l'avortement est un crime. Il l'est à un double titre ; d'une part, il est un véritable assassinat du fœtus; d'autre part, souvent il tue la mère ou la rend malade et infirme, inapte à de nouvelles conceptions.

Sur 100 avortées, dit M. Sicard de Plauzolles, 9 meurent plus ou moins rapidement, 90 présentent des complications. Pour certains auteurs, la mortalité atteint 11 à 13 %, 45.000 femmes sont tuées, chaque année, par l'avortement.

Ce qu'il y a de particulièrement grave, c'est que le nombre croissant des avortements témoigne d'une diminution de la moralité. Autrefois, dit M. Armand Siredey, les femmes avouaient difficilement ; aujourd'hui, elles « racontent de la façon la plus naturelle qu'après avoir eu un ou deux enfants au début de leur mariage, elles n'ont eu ultérieurement que des fausses-couches, deux ou trois, parfois même davantage, et elles ajoutent spontanément : fausses-couches provoquées ! »

***

Les causes de la diminution du nombre des naissances et de la dénatalité française sont bien connues. Il est donc facile de fixer les principes de sa PROPHYLAXIE et de son TRAITEMENT.

Dans l'*ordre médical*, il faut prévenir et traiter la stérilité involontaire.

Dans l'*ordre moral*, dans l'*ordre économique et social*, il faut combattre l'individualisme et protéger la famille. Comme l'a écrit un membre éminent de l'*Alliance nationale contre la dépopulation*, M. Paul Haury : « Justice pour la famille ou la France est perdue ! »

Je ne m'arrêterai pas sur les moyens propres à prévenir et à traiter la STÉRILITÉ INVOLONTAIRE ainsi que l'IMPOSSIBILITÉ DE MENER A BIEN LA GROSSESSE. Ils diffèrent suivant l'étiologie. Retenons le rôle important de la syphilis, de la gonococcie, de l'alcoolisme. Les médecins luttent avec succès contre les premières ; l'Etat ne fait rien d'efficace contre le dernier. Les fabricants et les débitants d'alcool échappent à la règle commune ; il n'est pas question, pour eux, de la fermeture obligatoire le dimanche et un jour par semaine. Quant au privilège injuste et néfaste des bouilleurs de cru, il est passé, dit-on, de 1 million 200.000, en 1914, à 2 millions 639.000 en 1925, et n'a certes pas diminué depuis cette époque.

Il faut combattre les FACTEURS D'ORDRE MORAL ET PSYCHOLOGIQUE.

C'est surtout par l'éducation des enfants et des jeunes gens, qui demain attindront l'âge de fonder des familles, qu'on pourra renverser la situation.

Il faut *abandonner l'éducation matérialiste* qui conduit à l'*individualisme*, dont nous avons vu les méfaits. Il faut, au contraire, développer l'éducation morale. Il faut, tout en favorisant la formation de l'individualité, de la personnalité, exalter le sentiment du devoir à l'égard de la famille et de la nation, exalter le patriotisme. Il faut enseigner que la famille est la seule base solide de l'Etat, que la loi naturelle, la loi morale, la loi civique, la loi religieuse, exigent que l'homme et la femme s'unissent pour fonder une famille et avoir des enfants. Il faut montrer que le bonheur véritable ne consiste pas dans la satisfaction égoïste des besoins individuels, mais dans la vie familiale et la joie de se sentir revivre dans ses enfants.

Il faut enseigner que, contrairement à certaines théories, de nombreuses naissances ne sont pas la cause de la misère et du chômage, qu'elles augmentent le nombre des consommateurs et stimulent la production ; que la réduction de la natalité fait de la France une nation de vieillards et que, d'ici peu d'années, il n'y aura plus assez de travailleurs pour payer les pensions et la fameuse « retraite des vieux ».

Il faut rendre aux jeunes le goût du travail et la confiance dans la vie.

Mais il est évident que tout cet enseignement serait vain si on ne s'attachait pas à transformer les FACTEURS D'ORDRE ÉCONOMIQUE ET SOCIAL.

Ici encore, nous retrouvons face à face l'*individualisme* et la *famille*.

Il faut une *politique familiale* et celle-ci doit être largement conçue.

Certes, depuis vingt-cinq ans, plusieurs lois ont été promulguées qui accordent quelques avantages aux familles nombreuses; mais ceux-ci ont été distribués au compte-gouttes et sont très insuffisants.

« Il ne faut pas, écrit M. Fernand Boverat, se contenter d'assurer aux familles le minimum vital qui empêchera les enfants de souffrir de misère physiologique ; il faut réaliser une péréquation des ressources aux charges de familles pour que la situation matérielle des sans-enfants cesse d'apparaître aux jeunes mariés comme plus avantageuse que celle des braves gens qui peuplent leur foyer ».

Il faut assurer, je l'ai dit tout à l'heure « à travail égal, un égal niveau d'existence, que l'on ait ou non des enfants et quel qu'en soit le nombre. »

De l'avis général, les *allocations familiales* constituent la meilleure méthode pour réaliser la péréquation des ressources et des charges de famille.

Elles sont dues à l'initiative privée et il faut souhaiter qu'elles ne deviennent pas une entreprise d'Etat. C'est en 1916 que M. Joys, industriel à Grenoble, et Michelin, à Clermont-Ferrand, ont décidé de venir en aide aux familles de leurs ouvriers, en versant des allocations dont le taux augmente avec le nombre des enfants.

En 1920, a été fondée la *Caisse de compensation de la région parisienne* et ensuite d'autres caisses ont été instituées ; en 1937, il existait 222 caisses, distribuant annuellement 2 milliards à 1.500.000 familles ayant 2.600.000 enfants. La loi du 2 mars 1932, a rendu obligatoire l'affiliation des industriels à une Caisse de compensation. Le décret-loi du 14 juin 1938 a étendu le régime des allocations aux exploitants et artisans agricoles.

La Caisse de compensation recueille les cotisations patronales, dont le taux est basé sur le nombre des salariés, et répartit les allocations proportionnellement au nombre des enfants.

Les résultats obtenus sont déjà très appréciables, nous venons de le voir. Mais ils ne sont pas encore suffisants. Des améliorations sont indispensables. D'après M. Fernand Boverat, le taux doit être augmenté pour assurer le niveau de vie dont je parlais tout à l'heure; le taux doit être en rapport avec la situation du père de famille dans la hiérarchie, comme contremaître, ingénieur, etc.; une allocation doit être versée à la mère qui reste à la maison pour élever ses enfants; l'allocation doit être continuée aux veuves, mères de famille, ainsi qu'aux malades et aux invalides.

Enfin les allocations familiales doivent être instituées dans les professions libérales. L'Etat les verse aux fonctionnaires. Les notaires ont, depuis 1929, une caisse de compensation.

J'attire tout spécialement votre attention sur une association qui intéresse spécialement les médecins et les pharmaciens et qui est connue sous le nom de « *Médecine et Famille* ». Elle comprend plusieurs organismes : une *Association des familles nombreuses médicale et des médecins amis de la famille*, *fondée en* 1937, une *Caisse mutuelle d'allocations familiales de droit aux médecins et aux pharmaciens de France* et sa filiale la *Caisse intersyndicale d'allocations familiales de droit aux médecins et aux pharmaciens de France*.

Malgré sa jeunesse, cette œuvre justifie les plus légitimes espoirs. Le devoir de tous les médecins et de tous les pharmaciens est de s'y inscrire. Son succès contribuera grandement à combattre les conséquences néfastes pour les familles des médecins et des pharmaciens de la crise dont souffre actuellement le corps médical et le corps pharmaceutique.

A côté des allocations familiales, on propose d'*autres mesures* pour favoriser la natalité et les familles nombreuses, qui sont la clef de voûte de l'édifice social et de la pérennité de la France.

D'aucuns estiment que pour encourager les célibataires au mariage et les jeunes ménages à avoir des enfants, il faudrait, comme le dit le professeur Couvelaire dans son rapport à l'*Académie de médecine*, le 29 juin 1937, *sur les mesures propres à élever le taux de la natalité*, il faudrait « accorder un avantage massif ayant un pouvoir attractif suffisamment puissant. »

M. Charles Richet a soutenu la même opinion dans un mémoire sur La *destinée de la France* et *sa natalité*, publié par la *Revue des deux mondes*, le 1er février 1939. « Il est facile, écrit-il, de produire dans une famille un *choc psychologique*, qui va modifier le nombre d'enfants qu'elle désire. Ce

choc, c'est une *forte* prime donnée à la naissance de l'enfant. »

Il préconise d'allouer à un jeune ménage de la campagne une ferme et des champs, avec les moyens de les habiter et de les cultiver. La location serait gratuite à partir du troisième ou du quatrième enfant; le ménage deviendrait propriétaire à partir du sixième.

On pourrait, de la même façon allouer à un citadin une maison et un terrain dans les environs de la ville ; un bateau et des filets à un pêcheur ; des prêts d'argent à un commerçant ou à un artisan.

Des primes de même ordre sont allouées en Italie et en Allemagne et ont grandement contribué à augmenter la natalité.

On insiste sur la nécessité d'intensifier la *répression des avortements criminels.*

Le Code pénal punit « d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de cent francs à deux mille francs la femme qui se sera procuré l'avortement à elle-même »... « d'un emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de cent francs à dix mille francs » quiconque aura procuré ou tenté de provoquer l'avortement d'une femme enceinte, consentante ou non. En outre, si les coupables sont des médecins, des sages-femmes, etc., le tribunal peut prononcer la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la profession et l'interdiction de séjour.

La loi du 27 mars 1923 a enlevé la cause à la Cour d'assises, où le jury se montrait souvent d'une faiblesse scandaleuse, et l'a déférée au tribunal correctionnel, qui se montre, en général, plus sévère.

Malheureusement, les poursuites sont rares; avorteurs et avorteuses exercent, sans être inquiétés, leur criminelle profession, souvent au vu et au su de la police. L'impunité est la règle. A l'instigation de l'*Alliance nationale contre la dépopulation* et de M. Fernand Boverat, le ministre de l'Intérieur, dans sa circulaire du 27 décembre 1938, a prescrit aux préfets d'agir d'une façon plus active.

Pour faciliter les poursuites, il faudrait accorder l'impunité aux avortées qui dénonceraient les coupables et peut-être supprimer l'obligation du secret professionnel pour le médecin, la sage-femme, le pharmacien appelés en témoignage devant la justice.

On insiste encore sur la nécessité de réformer la *législation fiscale.* Sans doute, depuis la *loi de finance du* 31 *juillet* 1917, sont accordées des déductions à la base pour les impôts sur le revenu. Bien que ces déductions aient été augmentées dans la suite, elles sont encore insuffisantes, nous l'avons vu. Il faudrait accorder de larges dégrèvements aux familles suivant le nombre des enfants, et cela quelle que soit leur situation matérielle.

M. Fernand Aubertin a insisté sur l'urgence d'une réforme de la *loi sur les successions.* Il réclame une liberté plus grande du droit de tester; la suppression du partage forcé et égal des biens, si nuisible pour le petit propriétaire de la campagne; la diminution de l'impôt sur les successions en ligne directe et entre époux.

Enfin, il importe de réviser la loi sur le *divorce,* destructeur de la famille. Sans le supprimer, il faut le rendre plus difficile. On ne verrait plus des jeunes gens se marier trop facilement avec la pensée que le divorce est là pour les libérer, le cas échéant. Rien d'aussi lamentable que le sort des enfants dont les parents sont divorcés.

J'ai donné un aperçu des principaux remèdes à mettre en œuvre pour combattre la diminution des naissances et je n'ai pas épuisé leur liste.

Le grand obstacle aux réformes est l'individualisme. Les lois, a-t-on dit aux *Assises de médecine* de 1937, sont faites « pour des citoyens qui naissent enfants trouvés et meurent célibataires ». Trop souvent, elles ignorent la famille.

Pour obtenir des réformes, il faut modifier la mentalité des législateurs et des pouvoirs publics. Il n'y a rien à faire, car ils représentent des individus et non des familles. Il faut changer le *régime électoral,* établir le *vote des femmes* et le *vote familial,* préconisé par M. Roulleaux-Dugage, les voix de enfants mineurs étant attribuées au père de famille ou partagées entre le père et la mère.

Le régime électoral actuel est souverainement injuste, car le suffrage dit universel ignore les femmes et les enfans.

Dèjà, en 1850, Lamartine écrivait : « L'homme marié et père de famille a des responsabilités, des solidarités, des gages dans l'ordre social, bien supérieurs à ceux du célibataire, isolé, nomade, responsable de lui seul et à lui seul. La loi doit reconnaître cette vérité ; elle doit tenir compte du titre de chef de famille dans toutes les élections dont le régime républicain confère et multiplie les obligations pour les citoyens... Car, dans toute société mieux faite, ce n'est pas l'individu, c'est la famille qui est l'unité permanente. L'individu passe, la famille reste ».

Avoir une *politique familiale,* c'est apporter la solution du problème, si angoissant aujourd'hui de la dénatalité française. Telle est la conclusion qui s'impose.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

TOUJOURS A PROPOS DE LA RETRAITE POMARET

La retraite des médecins ne soulève pas seulement une question de chiffres, qu'on peut toujours contester, elle soulève avant tout une question de principe.

C'est ce point de vue qu'envisagent les deux Maîtres et le distingué praticien que j'ai interrogés au nom de l'*Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris.*

Je leur passe la parole.

MAURICE MORDAGNE.

***

Déclaration de M. MARFAN, *professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, à M. le Président de l'Association corporative.*

« Vous voulez bien me demander mon avis sur les projets nouveaux de retraite facultative à 65 ans qu'on propose aux médecins.

Il est juste qu'un médecin puisse, par des versements annuels, se ménager une pension de retraite, à la condi-

tion que ce ne soit pas pour lui une obligation, et qu'il soit libre de s'y refuser.

Mais il serait souverainement *injuste* de le priver du droit d'exercer s'il veut jouir de sa pension de retraite; *il serait inique de le dépouiller du bénéfce de ses versements s'il continue à exercer.*

A 65 ans, nombre de médecins ont conservé leur vigueur physique et leur activité intellectuelle et sont à l'apogée de leur expérience. *Et c'est à l'âge où ils peuvent rendre le plus de services aux malades qu'on leur interdirait la pratique de leur art ! Ce ne serait vraiment pas raisonnable.*

Vous dites que les mesures envisagées ont pour but de désencombrer la profession médicale et de faire place aux jeunes. Pour obtenir ce résultat, il y a des moyens plus justes, plus efficaces et plus favorables au corps social.

Il faudrait d'abord n'accorder qu'exceptionnellement à des étrangers le droit d'exercer la médecine en France. Ensuite, les bacheliers envoyés aux Facultés de Médecine par les Facultés des Lettres et des Sciences ayant souvent une culture insuffisante, il faudrait, avant de leur permettre de prendre leur première inscription, les soumettre à un examen d'entrée éliminatoire, examen comportant une composition de français de 30 ou 40 lignes. Il ne s'agit pas ici d'un concours ni de « numerus clausus ». Enfin, il faudrait que les professeurs des Facultés de Médecine soient des examinateurs moins indulgents ».

A. B. MARFAN.

L'opinion du Professeur SERGENT.

M. le Président de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris :

« J'ai lu avec attention la lettre que vous m'avez adressée en me demandant de vous donner mon opinion.

Ma réponse est nette et simple : elle peut être résumée en quelques mots. Je ne puis admettre le principe de la retraite *obligatoire*, même déguisée sous le masque soidisant *facultatif*; pour les professions dites, jusqu'à ce jour, « *libérales* ». Ce principe peut être admis pour les fonctionnaires; l'étendre à l'exercice de la profession médicale c'est considérer cette profession comme l'exercice d'une fonction publique; c'est se diriger vers la fonctionnarisation de la profession.

Invoquer l'intérêt de la jeunesse qui monte, c'est montrer qu'on veut plaire à l'électeur, car il y a plus de jeunes que de vieux dans la majorité électorale.

Tendre à la suppression de l'exercice libre de la profession médicale à partir de 65 ans, c'est, en réalité, tendre à priver le malade du bénéfice de l'expérience acquise par le médecin qui a pu réunir des observations « maintes et maintes fois répétées », suivant le sage précepte de Laennec.

Pour ce qui est de la façon avec laquelle on cherche à régler la situation de ceux qui, après avoir payé des versements annuels *obligatoires*, pendant des années, renonceraient à prendre leur retraite, je préfère ne pas la qualifier.

J'estime que les jeunes d'aujourd'hui — *qui seront les vieux de demain, si la mort ne les atteint pas prématurément* — ont tout intérêt à s'unir à ceux qui sont actuellement des vieux.

Par ailleurs, j'estime aussi qu'il est opportun de prévoir des caisses d'assurance *libres* pour le soutien de la vieillesse des médecins.

Voici, brièvement résumée et condensée, l'expression de mes sentiments sur cette question... d'actualité sociale ou, plutôt, politique !

Veuillez croire, Monsieur le Président, à mes meilleurs et bien dévoués sentiments.

EMILE SERGENT.

Lettre du Dr. JUMON,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Monsieur le Président de l'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris.

« J'ai lu avec le plus grand intérêt le texte de votre réponse à la lettre de la « Confédération des Syndicats Médicaux Français » au sujet de la retraite Pomaret.

Je suis absolument d'accord avec vous sur tous les points parfaitement bien exposés dans le numéro du 10 juin de la *Presse Médicale*, et dans celui du 27 mai de la *Gazette des Hôpitaux.*

Mais si je vous écris, c'est pour vous signaler que la plupart des médecins que je rencontre ne connaissent pas un mot de cette question, au point que c'est à se demander comment l'adoption du projet Pomaret a pu être réalisée à la quasi-unanimité des délégués des Syndicats, car je suppose que ces délégués sont venus voter avec l'adhésion favorable de tous les membres des Syndicats...

Dans une question aussi grave, envoyer des délégués ne représente qu'une toute petite partie des médecins syndiqués. Si l'on avait recours à un referendum, après avoir mis en comparaison sous les yeux des médecins le projet de la Confédération et la solution beaucoup plus juste et plus humaine préconisée par vous, il est probable que c'est à la vôtre qu'irait le Corps médical.

Tous les médecins ne lisent pas la *Presse Médicale* ou la *Gazette des Hôpitaux* et ne peuvent connaître la valeur de vos arguments. Ne serait-il pas possible de faire largement connaître aux médecins, par des tracts par exemple, les inconvénients du projet Pomaret et les avantages du vôtre ?

Le *Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de Paris* et la *Fédération corporative des médecins de la région parisienne* pourraient vous aider dans cette entreprise.

C'est une idée que je me permets de vous suggérer et, en m'excusant de prendre une telle liberté, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.

H. JUMON.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SYNDROME ANGINEUX
par M. PRUVOST (1)

Au XVe Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord (Ottawa, 1938), A. Lesage a apporté les preuves anatomo-pathologiques du rôle primordial de l'altération des coronaires dans le syndrome angineux. Ceci confirme les travaux classiques de l'école française de cardiologie.

Ceci explique l'action heureuse des vaso-dilatateurs et en particulier de la théophylline-éthylènediamine dans le traitement de l'angor. La synthèse de ce corps a été réalisée en France dès 1935 sous le nom de caréna.

Pratiquement, les directives thérapeutiques de l'angine de poitrine peuvent être schématisées ainsi :

crises d'angine de poitrine vraie : caréna en injections intra-musculaires (1 à 2 ampoules par jour), puis 4 à 6 comprimés par jour ou 2 suppositoires.

crises hyperalgiques : trinitrine-caréna (2 à 3 dragées à noyau mou, au début de la crise), puis traitement de fond avec caréna.

crises avec menace de défaillance cardiaque : caréna-ouabaïne (1 à 2 ampoules intra-veineuses par jour, puis 4 à 6 comprimés).

fausse angine et petites algies précordiales : sédo-caréna, 4 à 6 comprimés par jour.

C'est en se basant sur ce schéma, que l'on obtiendra les meilleurs résultats de la théophylline-éthylène-diamine (ou aminophylline) quelles que soient les modalités symptomatiques du syndrome cardiagique à traiter.

(1) *Gaz. méd. de France*, 15 fév. 1939, p. 220.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 51. — MERCREDI 28 JUIN 1939. 112e ANNÉE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.
Sur la prévention des adhérences intra-abdominales post-opératoires, par MM. Louis DAMBRIN et Charles BERNARDIN (de Toulouse).

SOCIÉTÉS SAVANTES.
Académie des Sciences. — Académie de Médecine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.
De la retraite, par M. A. HERPIN.

NOTES POUR L'INTERNAT.
Formes chimiques de l'asystolie hépatique, par G. LE SUEUR.

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — Le poste de médecin chef de service de l'hôpital psychiatrique de Braqueville (Haute-Garonne) est actuellement vacant par suite du décès de Mme le docteur Piquemal-Levêque.

Facultés de médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. *Section de médecine général.* — 1re Séance du 22 juin :

M. Neimann (Nancy) : « Septicémies à staphylocoques ».
M. Fabre (Toulouse) : « Les ictères néoplasiques ».

2e Séance du 22 juin :

M. Chaptal (Montpellier) : « Valeur clinique du métabolisme de base ».
M. Barral (Lyon) : « Paralysies diphtériques ».
M. Soulié (Paris) : « Kystes hydatiques du poumon ».

Séance du 23 juin :

M. Marchal (Paris) : « Les angines à monocytes ».
M. Breton (Lille) : « Les réactions de l'organisme à l'égard du bacille de Koch ».
M. Stahl (Strasbourg) : « Hémiplégies alternes ».

1re Séance du 26 juin :

M. de Sèze (Paris) : « La maladie de Heine-Medin ».
M. Warembourg (Lille) : « La leucémie myéloïde ».
M. Briskas (étranger) : « L'Herpès ».

2e Séance du 26 juin :

Mlle Gauthier-Villars (Paris) : « Les pleurésies hémorragiques ».
M. Massière (Bordeaux) : « Le syndrôme syringomyélique cervical ».
M. Girard (Nancy) : « La maladie osseuse de Recklinghausen ».
M. Recordier (Aix) : « Hémoglobinuries paroxystiques ».

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour les bourses de doctorat en médecine.* — Le Concours est fixé au *mardi* 18 *juillet* 1939. La première épreuve aura lieu *à 8 heures du matin, à la Bibliothèque de la Faculté de Médecine.*

Appel des candidats *à 7 heures* 45. Aucun retard n'est admis.

Le Concours est exclusivement réservé aux étudiants titulaires de 4, 8, 12 et 16 inscriptions, âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus, et qui ont obtenu au moins la moyenne de 6 points pour l'ensemble des épreuves de l'examen de fin d'année.

Les demandes de candidatures doivent être formulées à M. le Doyen sur timbre à 6 francs, et accompagnées d'un formulaire remis par le guichet n° 1 au Secrétariat de la Faculté. Le questionnaire sera rempli par l'étudiant suivant les indications y figurant

et certifié par le Maire de son arrondissement ou de sa localité.

Les inscriptions sont acceptées jusqu'au 12 *juillet* inclus. Après cette date, aucune demande ne sera prise en considération.

Avis important. — Les candidats aux Bourses de Doctorat qui, en raison des évènements extérieurs ont été maintenus ou rappelés sous les drapeaux *en dehors de leur temps légal normal*, qui auront pu subir l'examen de fin d'année et qui, *ayant obtenu à cet examen, la moyenne exigée par le règlement*, seront dispensés purement et simplement des épreuves du Concours des Bourses. Toutefois, il leur appartiendra de constituer leur dossier comme les années précédentes, c'est-à-dire de formuler la demande sur timbre à 6 francs à M. le Doyen de la Faculté de Médecine accompagnée du formulaire règlementaire rempli suivant les renseignements y figurant.

Ce formulaire est à la disposition des candidats au secrétariat de la Faculté (*guichet* n° 1). Il appartiendra au candidat de fournir avec son dossier un certificat de l'*autorité militaire* attestant son rappel ou son maintien sous les drapeaux en dehors *du temps légal*. Les dossiers doivent parvenir au Secrétariat de la Faculté au plus tard le 12 juillet.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier :* M. Richier, laryngologiste des hôpitaux de Paris.

Service de santé des troupes coloniales. — Sont nommés « assistants des hôpitaux coloniaux ».

Section chirurgie.

MM. le médecin capitaine Dauphin,
le médecin commandant Vernier,
le médecin capitaine Boutareau,
le médecin capitaine Le Tac,
le médecin capitaine Peu-Duvallon.
le médecin capitaine Tourenc.

Section médecine.

MM. le médecin capitaine Guillermin,
le médecin capitaine Touzin,
le médecin lieutenant Mole.

Sertion de bactériologie.

MM. le médecin capitaine Ristorcelli,
le médecin lieutenant Koerber.
le médecin capitaine Courmes.

Section électroradiologie.

MM. le médecin capitaine Fabry,
le médecin capitaine Gillet.
le médecin capitaine Proust.

Section stomatologie.

M. le médecin capitaine Candille.
le médecin capitaine Roy.

Ministère de la Santé publique. — Le *Journal officiel* du 24 juin 1939 publie (p. 7964) un avis de vacances de postes d'inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène et un avis de concours pour le recrutement d'inspecteurs départementaux d'hygiène.

Ministère des colonies. — Un concours pour le recrutement de huit médecins stagiaires du cadre français de l'assistance médicale de l'Indochine sera ouvert, le 11 septembre 1939, aux candidats français et indochinois (Annamites, Cambodgiens et Laotiens, citoyens, sujets ou protégés français) simultanément en France et en Indochine.

Toute demande d'inscription doit être rédigée sur papier timbré et adressée, avant le 12 août 1939, dernier délai :

Au ministère des colonies (inspection générale du service de santé), pour les candidats concourant en France ;

Au gouvernement général de l'Indochine (direction du personnel), pour les candidats concourant en Indochine.

COURS

Hôpital maritime de Berck. — *Quinze leçons sur les tuberculoses chirurgicales.* — En particulier, ostéo-articulaires et quelques sujets d'orthopédie, du 29 juin au 15 juillet 1939, par M. André Richard, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien-chef de l'hôpital maritime de Berck avec la collaboration de MM. Ombrédanne, professeur de clinique chirurgicale infantile, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ; le professeur Mathieu, professeur de clinique orthopédique de l'adulte, chirurgien de l'hôpital Cochin ; le Dr E. Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau ; les Drs A. Delahaye, L. Allard, Suzanne Picard, chirurgiens-assistants de l'hôpital Maritime ; R. Froyez, chef de laboratoire de bactériologie de l'hôpital Maritime ; M. Parin, radiologiste de l'hôpital Maritime ; M. Poidevin, chef-adj. de laboratoire ; R. de Cagny, moniteur d'orthopédie.

Les cours auront lieu à l'hôpital Maritime, chaque jour, à 14 heures.

Les matinées seront consacrées aux opérations et confection d'appareils, les cours seront suivis de visites de salles d'adultes et d'enfants ou d'exercices de laboratoire.

La première réunion aura lieu le jeudi 29 juin 1939, à 9 heures, à l'hôpital Maritime, et sera suivie d'une visite de l'établissement.

Il sera perçu un droit de 450 francs, à l'ouverture du cours. (Les internes des hôpitaux en exercice en sont dispensés).

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Delahaye, hôpital Maritime, de Berck-Plage (Pas-de-Calais).

NÉCROLOGIE

— Le Dr Andréa Ferranini, rédacteur en chef de *Riforma medica* (de Naples). Nous prions nos confrères de la *Riforma medica* de recevoir l'expression de nos sincères condoléances.

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,
4, Place des Vosges, PARIS
Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL
GÉNATROPINE

SUR LA PRÉVENTION DES ADHÉRENCES INTRA-ABDOMINALES POST-OPÉRATOIRES

Recherches expérimentales et applications cliniques

par MM.
Louis DAMBRIN et Charles BERNARDIN
(de Toulouse)

Le problème des adhérences intra-abdominales a de tout temps préoccupé les chirurgiens.

Trop souvent les suites opératoires sont assombries par des phénomènes douloureux, des troubles de l'évacuation intestinale et parfois des syndromes subocclusifs. Des brides, des blocs d'adhérences peuvent être le point de départ d'occlusion intestinale. Qui de nous n'a opéré plusieurs fois des malades se plaignant de phénomènes liés à des adhérences post-opératoires et nos efforts, il faut bien l'avouer, ne sont pas toujours couronnés de succès. Nous nous sommes attachés à cette question et avons expérimenté chez l'animal puis utilisé sur l'homme une solution de papaïne dont nous badigeonnons les anses intestinales chez certaines de nos opérées. La papaïne par son action directe et intense sur la fibrine empêche la production des adhérences. Elle nous a donné d'excellents résultats.

Les causes de la production des adhérences sont trop connues pour que nous y insistions. Rappelons que les réactions cellulaires de défense du péritoine dans les péritonites quelle qu'en soit la cause, les manipulations excessives, l'éviscération, le refroidissement de l'intestin sont parmi les facteurs les plus importants. De même les solutions antiseptiques qui pour une raison quelconque sont mises en contact avec le péritoine ont un rôle indiscutable.

Gilson et Gracia admettent (1937), que les catguts peuvent constituer une cause insoupçonnée d'adhérences post-opératoire (phénomène d'Arthus au catgut) : La musculeuse de mouton utilisée jouant le rôle d'antigène. L'état du terrain (Lardennois) est certainement prédisposant ; les tuberculeux fibreux et les syphilitiques les réalisent plus facilement ; le terrain lymphatique facilite les réactions péritonéales et épiploïques dit Pauchet. Les traitements séro ou protéinothérapiques rendent plus fréquentes les adhérences chez les malades qui paraissent ainsi sensibilisés.

Quoiqu'il en soit de ces causes, il est certain qu'elles sont difficilement inévitables puisque automatiquement produites par l'organisme.

Tous les chirurgiens savent que la douceur opératoire, le soin apporté aux sutures et à l'hémostase, la manipulation aussi minime que possible des anses intestinales, sont des facteurs qui, dans une certaine mesure préviendront la formation de ces adhérences ; mais il est certain que malgré leurs efforts, soit par suite de la nature de l'affection, soit par suite des manœuvres opératoires qui ont pû être nécessaires, soit pour tout autre motif, des adhérences peuvent se produire.

Quelles sont donc les caractères anatomiques de ces formations adhérentielles ? Elles résultent, dit Cornil, de « l'union accidentelle de surfaces naturellement contiguë ». La chute de l'épithélium est absolument nécessaire.

A la suite d'une irritation même minime, les cellules épitéliales de la séreuse péritonéale réagissent. Il y a d'abord congestion et dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques, puis exsudation : diapédèse exagérée de globules blancs et rouges, filtration de sérosité albumineuse, de lymphe riche en fibrinogène. Le fibrine-ferment libéré par les globules blancs altérés et les cellules endothéliales nécrosées déterminent la précipitation de la fibrine et ainsi se trouve réalisé l'exsudat fibrineux, qui va se déposer dans la cavité abdominale, sur tout son contenu formant soit des filaments minces, soit des membranes véritables.

Ce processus a pour but de protéger les surfaces endommagées et de limiter la marche de l'infection.

Cette exsudation terminée : ou bien la fibrine sera dissoute et résorbée par les procédés habituels ; ou bien de fausses membranes vont s'organiser irriguées par des vaisseaux néoformés.

Ces fausses membranes organisées peuvent ou bien être dissoutes par l'action des ferments cellulaires et des phagocytes ; ou bien persister et causer les accidents que l'on connait. Bref, on doit retenir que les adhérences sont formées d'un tissu conjonctif, du type fibreux, recouvert d'un véritable endothélium.

Etant donnée la nature histologique de ces adhérences, les auteurs ont recherché à en prévenir la formation en utilisant diverses méthodes dont les principales sont :

1° La péritonisation des plaies (Amann) qui consiste à se ménager de larges lambeaux péritonéaux pour recouvrir les surfaces lésées ; ou bien la méthode des greffes épiploïques défendue par Hertz ;

2° L'introduction de gaz dans la cavité abdominale pour séparer les zones traumatisées et accélérer le péristaltisme intestinal (Carnot, 1925) ;

3° La diathermie abdominale alternée un jour sur deux avec l'application de lumière infra-rouge, les injections sous-cutanées à doses progressives tous les quatre jours de vaccin polyvalent, l'utilisation des ressources de la diététique et de l'hydrologie, ont donné à Antoine et De Martel des résultats satisfaisants ;

4° L'emploi d'une substance qui puisse constituer un revêtement protecteur empêchant la formation de ces adhérences, c'est-à-dire paralysant le phénomène physiologique normal de leur formation en couvrant les surfaces privées d'endothélium : tels que l'huile de paraffine. C'est une substance minérale difficilement absorbable, dont après stérilisation Tsaconas d'Athènes préconise l'emploi par injection aussitôt après la suture des différents plans de la paroi abdominale par le bout terminal de l'incision suturée.

Citons aussi le sérum de cheval chauffé, dont Raymond Petit verse 20 centimètres cubes dans le péritoine à la fin de chaque laparotomie ;

5° L'emploi d'une substance capable de dissoudre les adhérences en agissant comme les ferments cellulaires qui font résorber ces formations.

On a pensé à ce sujet à s'adresser à toutes sortes de produits et ce sont particulièrement les auteurs étrangers qui ont étudiés ce sujet. Pribram, en 1914, utilisa le corps vitré de l'œil du lapin; Kocher, le lait peptonisé ; Johnson, en 1927, propose le liquide amniotique ; Schmidt, l'extrait de tête de sangsue et Nauman le pus stérile.

Après examen de ces divers essais, nous avons pensé à limiter nos expériences *aux ferments susceptibles de détruire la fibrine.* La première idée qui vient à

l'esprit dans ce sens est d'imiter les phénomènes naturels en mettant à profit l'action des ferments digestifs. On peut penser à la pepsine ou à la trypsine qui désagrègent la molécule albuminoïde. Après avoir lu les travaux des auteurs américains, Ochsner et Garside, nous avons adopté la papaïne.

La papaïne ou papayotine, (Wurtz et Boucut) est, rappelons-le, un ferment découvert dans le latex du fruit du papayer (Carica-Papaya-Papayaces). *C'est une pepsine végétale qui dissout l'albumine et la fibrine dans les solutions neutres, acides ou alcalines, en les peptonisant. Son pouvoir diatasique qui est considérable lui permet de transformer partiellement en peptone jusqu'à deux mille fois son poids de fibrine.*

Ochsner et Garside ont obtenu d'excellents résultats par l'utilisation de la papaïne. Ils ont indiqué que ce produit ne pouvait être employé qu'en milieu strictement stérile. Après une opération aseptique en effet, le traumatisme de la séreuse est terminé avec la fermeture de la paroi. Dans les cas septiques, au contraire, l'opération finie, le traumatisme se poursuit et l'action des ferments est depuis longtemps épuisée que l'infection organise encore des adhérences.

Nous nous sommes adressés à la papaïne pour les expériences que nous présentons plus loin, car nous avons considéré que, la papaïne avait vis-à-vis des toxines un pouvoir d'inactivation certain.

En effet, très récemment, Léon Velluz observa certains effets d'inactivation exercés sur différentes toxines par la papaïne, entre autres sur la toxine tétanique, la toxine diphtérique et d'autres toxines d'origine microbienne ou même d'origine végétale. Or, il ne peut s'agir là d'une simple action protéolytique, la pepsine et la trypsine, en effet, n'ont pas ces propriétés inactivantes.

Bogart a employé des concentrations en papaïne de 1 pour 25.000 à 1 pour 50.000. Il n'y a pas lieu de s'étonner de ces faibles concentrations étant donné le pouvoir considérable de la papaïne. D'autre part, des concentrations plus fortes causeraient une irritation et des hémorragies péritonéales ou même une digestion partielle de la paroi de l'intestin. Bogart ajoute à ses préparations une certaine quantité de citrate de soude. Partant de ces données, nous avons expérimenté plusieurs solutions de papaïne associées ou non au citrate de soude.

EXPERIMENTATION

Vingt-quatre lapins ont été laparotomisés par une incision médiane. Les viscères abdominaux ont été plus ou moins extériorisés et les anses intestinales ont été partiellement en contact avec des liquides divers quelquefois utilisés au cours des interventions chirurgicales (éther, teinture d'iode, etc...). Huit, quinze, ou vingt-cinq jours après nous pratiquons une nouvelle laparotomie et nous constatons la présence de formations adhérentielles plus ou moins développées. Après divers essais, nous en sommes arrivés à verser dans la cavité abdominale 50 cm3 d'une solution dont nous indiquons plus loin la composition et 15 ou 30 jours plus tard, par une nouvelle intervention, nous constatons dans la très grosse majorité des cas une absence à peu près complète d'adhérences. Ce fait constant et toujours très accusé est véritablement intéressant.

I. — Essai de divers produits.

Premier lapin : 1re lapar. extériorisation, affusions de teinture d'iode, brossage des anses ; 2e lapar. Comme Muller et Rich, nous avons utilisé le sérum salé physiologique à 37° dont nous versons 50 cc. L'animal meurt dix jours après ; à l'autopsie, présence de pus, d'adhérences (péritonite).

Deuxième lapin : 1re laparotomie, extériorisation des viscères, application de teinture d'iode ; 2e laparo. nombreuses et importantes adhérences ; on verse 50 cc. de sérum physiologique adrénaliné (Mervel, Adams, Voguel, Henschen) ; 3e opération, il existe un gros bloc d'adhérences. Opération 15 jours après : les adhérences existent toujours.

Troisième lapin : 1re laparotomie, grattage, affusions d'alcool ; 2e lapar. adhérences importantes ; 50 cc. d'une solution glucosée hypertonique ; 3e lapar. l'abdomen présente partout de fortes adhérences. Nous versons de l'huile de paraffine. 4e lapar. les adhérences n'ont pas regressé. Elles sont très abondantes.

Quatrième lapin : 1re laparotomie, irritation, grattage, application d'éther ; 2e lapar. adhérences modérées ; 50 cc. de sérum citraté ; 3e lapar. hémorragies, gêne de la cicatrisation ; l'animal est mort quelques jours après. (Le citrate de soude était utilisé ici pour empêcher la formation de fibrine, mais comme Sweet, Chaney et Wilson l'avaient démontré, l'action de cet anticoagulant a dépassé le but poursuivi, les deux animaux suivants ont corroboré cette assertion).

Cinquième lapin : 1re laparotomie, irritation, grattage, applications de teinture d'iode ; 2e laparo., adhérences abondantes et fermes ; 50 cc. de sérum citraté ; l'animal meurt sept jours après ; à l'autopsie aucune adhérence ; hémorragie intestinale abondante (la cicatrisation parait avoir été gênée).

Sixième lapin : 1re laparotomie, irritation, grattage, application d'alcool ; 2e lapar. Adhérences, nous versons 50 cc. d'huile de paraffine stérilisée, citrate à 1 %, l'animal meurt douze jours après ; à l'autopsie le péritoine est rouge et flasque rempli de sérosité séro-sanguinolante.

II. — Essais sur la concentration de la papaïne et l'association d'autres produits.

Septième lapin : 1re laparotomie, irritation, grattage, résection d'une portion de l'intestin et suture latéro-latérale. Badigeonnage à l'éther des anses. 2e lapar., nombreuses adhérences ; 50 cc. d'une solution de papaïne à 1 pour 25.000 dans du sérum physiologique. 3e lapar., peu d'adhérences 19 jours après (assez bon résultat).

Huitième lapin : 1re laparo., irritation, raclage, extériorisation, contact prolongé avec un tampon de teinture d'iode. 2e lapar. Nombreuses adhérences, 50 cc. d'une solution de papaïne à 1 pour 25.000 dans du sérum physiologique. 3e lapar., les adhérences ont énormément diminué (bon résultat).

Neuvième lapin : 1re laparo., l'animal qui est maigre et sans réaction présente à l'ouverture de l'abdomen des intestins dilatés et enflammés sur lesquels se montrent de petites adhérences dont la cause nous est inconnue. 50 cc. d'une solution de papaïne à 1/25.000 dans l'eau distillée sont versés dans la cavité péritonéale ; 15 jours après nouvelle intervention, les adhérences ont disparu. L'animal meurt de shock. quelques jours après l'intervention.

Dixième lapin : 1re laparotomie, irritation, grattage ; nous nous servons pour éponger le sang d'un morceau de coton imbibé d'une culture en bouillon de bacille diphtérique. 2e laparot., des adhérences très abondantes sont visibles. 50 cc. d'une solution de papaïne à 1/10.000 sont versés dans la cavité péritonéale. 3e laparot., (5 jours après) les adhérences ont complètement disparu. L'état général de l'animal est très mauvais. Il meurt 3 jours après (culture très virulente).

Onzième lapin : 1re laparo., ni irritation, ni grattage ; petite extériorisation des viscères due à une contraction brusque de l'animal ; avec un petit tampon de coton im-

bibé de bouillon ensemencé avec du streptocoque pyogène, on badigeonne les portions d'intestin apparentes ; l'état général de l'animal est rapidement très mauvais ; la deuxième laparo., pratiquée trois jours après montre un début d'organisation adhérentielle ; nous versons 50 cc. d'une solution de papaïne à 1/15.000 dans de l'eau distillée. 3e laparo., à l'ouverture de l'abdomen, pas d'adhérences. L'animal meurt au 5e jour (culture très virulente).

Douzième lapin : 1re laparo., ni irritation, ni grattage ; 5 cc. d'eau peptonée ensemencée avec la même culture de streptocoque sont versés sans précaution dans la cavité péritonéale ; le lendemain l'animal est mourant ; 2e laparo., 50 cc. d'une solution de pepsine à 1/2000 ; l'animal est mort deux jours après ; à l'autopsie les adhérences sont énormes, les anses intestinales sont accolées l'une contre l'autre ; on constate des filets hémorragiques et des débuts de digestion de la paroi intestinale (culture très virulente, forte concentration de papaïne).

Treizième lapin : 1re laparotomie, irritation, raclage, application d'éther ; 2e laparo., distension de l'abdomen, intestin adhérent à la blessure, adhérences importantes ; 50 cc. d'une solution à 0 gr. 25 pour 100 de citrate de soude officinal (codex 1937) et à 1/25.000 de papaïne officinale (codex 1937) dans l'eau distillée ; 3e laparo., les adhérences ont presque complètement disparu (excellent résultat).

Quatorzième lapin : 1re laparo., irritation, raclage, affusions de teinture d'iode ; 2e laparo., adhérences assez importantes en plaques blanchâtres ; 50 cc. d'une solution à 0 gr. 50 % de citrate de soude et à 1/30.000 de papaïne; 3e laparo., les adhérences sont très diminuées et presque inexistantes (excellent résultat).

Quinzième lapin : 1re laparo., irritation, grattage, application de teinture d'iode ; 2e laparo., adhérences générales ; 50 cc. d'une solution à 0 gr. 50 % de citrate de soude, et à 1/10.000 de papaïne ; 3e laparo., les adhérences ont été totalement digérées, mais des suffusions sanguines ont apparu (solution un peu concentrée).

Seizième lapin : 1re laparo., irritation, grattage, application d'éther ; 2e laparo., adhérences importantes, bien organisées ; 50 cc. d'une solution à 0 gr 30 % de citrate de soude, et à 1/30.000 de papaïne ; 3e laparo., effectuée comme toutes les troisièmes interventions, 15 jours plus tard, l'animal meurt en cours d'intervention : les adhérences avaient disparu.

Dix-septième lapin : 1re laparo., irritation, grattage, grattage des anses avec une brosse dure, tamponnement avec des compresses imbibées d'alcool ; 2e laparo., les adhérences existent, abondantes ; 50 cc. d'une solution à 1 gr. % de citrate de soude, et à 1/50.000 de papaïne ; l'animal meurt quatre jours après l'intervention. A l'autopsie, hémorragies abondantes, ulcération des parois de l'intestin (trop forte concentration de citrate).

Dix-huitième lapin : 1re laparo., irritation, grattage, affusions de teinture d'iode ; 2e laparo., adhérences abondantes et fermes comme d'habitude quand nous employons ces procédés ; 50 cc. d'une solution à 0 gr. 25 de citrate de soude et à 1/1.000 de papaïne ; 3e laparo., l'animal qui avait présenté entre temps un amaigrissement progressif n'a plus d'adhérences, mais la cavité péritonéale est remplie de sérosités sanguines (cause : solution de papaïne trop concentrée).

Dix-neuvième lapin : 1re laparo., irritation, grattage, affusions de teinture d'iode ; 2e laparo., adhérences importantes ; 50 cc. d'une solution à 0 gr. 25 % de citrate de soude et à 1/500 de papaïne ; l'animal meurt deux jours après ; autopsie : perforations intestinales (cause : solution de papaïne trop concentrée).

Vingtième lapin : 1re laparo., irritation, grattage, affusions d'éther ; 2e laparo., adhérences dures et bien organisées, 50 cc. d'une solution à 0 gr. 25 de citrate de soude et à 1/30.000 de papaïne ; 3e laparo., l'animal qui a présenté un état général déficient depuis la première intervention, n'a pratiquement plus d'adhérences; (excellent résultat).

Vingt-unième lapjin : 1re laparo., irritation, grattage, affusions de teinture d'iode ; 2e laparo., adhérences abondantes et fermes ; essais de dissection de ces formations ; 50 cc. d'une solution à 0 gr. 25 de citrate de soude à 1/30.000 de *pepsine,* plus 5 cc. d'une culture en bouillon de staphylocoque doré ; l'animal meurt trois jours après. Autopsie : grande abondance de sérosités séro-sanguine, peu d'adhérences (excellent résultat).

Vingt-deuxième lapin : 1re laparo., irritation, grattage, affusions de teinture d'iode ; 2e laparot., adhérences abondantes et fermes ; essais de dissection de ces formations ; 50 cc. d'une solution à 0 gr. 25 de citrate de soude et à 1/30.000 de papaïne, plus 5 cc. de la même culture de staphylocoque ; 3e laparo., les adhérences ont complètement disparu. L'état général de l'animal est satisfaisant (excellent resultat).

Vingt-troisième lapin : 1re laparo., irritation, grattage, affusions d'alcool, en même temps nous versons dans la cavité abdominale 50 cc. d'une solution à 0 gr. 25 de citrate de soude et à 1/30.000 de papaïne ; 2e laparo., il n'a pas été formé d'adhérences ; nous versons dans la cavité péritonéale une petite quantité de teinture d'iode et la même quantité (20 cc. environ) d'une solution à 0 gr. 25 % de citrate de soude et à 1/30.000 de papaïne ; 3e laparo., aucune adhérence (excellent résultat).

Vingt-quatrième lapin : 1re laparo., extériorisation d'une anse du grêle, section puis anastomose latéro-latérale, brossage à la teinture d'iode des anses autour de la suture ; 2e opération 5 jours après : gros bloc d'adhérences, on tente de les libérer ce qui ne s'effectue qu'avec difficulté puis on verse 50 cc. d'une solution à 0 gr. 25 % de citrate de soude et à 1/30.000 de papaïne. Suites opératoires normales ; 3e opération après 25 jours ; il existe de très fines et rares adhérences abdominales. Le bloc précédemment vu ne s'est pas reformé (excellent résultat).

Nos expériences nous ont donc conduit aux déductions suivantes : la papaïne utilisée à dose convenable et associée à une certaine quantité de citrate de soude a une action préventive énorme sur la formation des adhérences abdominales post-opératoire.

Nous avons même obtenu expérimentalement des survies inespérées chez des lapins dont la grande cavité abdominale avait été infectée par des cultures microbiennes.

La solution que nous adoptons est la suivante :

Papaïne en poudre du Codex..	0 gr. 033
Citrate trisodique	2 gr. 50
Eau distillée, tiédie à 37°	1.000 gr.

Il est intéressant de noter que les applications d'éther nous ont paru mal tolérées. On peut penser que ces affusions d'éther produisant un refroidissement considérable paralysent les réactions de défense et même vraisemblablement l'action de la papaïne.

Le citrate de soude que nous ajoutons à nos préparations de papaïne peut-être considéré comme ayant d'abord un effet propre contre la coagulation de toutes les matières albuminoïdes. Il est intéressant à ce sujet de rappeler les expériences reprises par Raymond Petit, à la suite des travaux de Cantacuzène et qui indiquent qu'après laparotomie, il existe un courant électrique dont le pôle positif est toujours l'épiploon et le pôle négatif à l'intestin; courant dont on peut mesurer les différences de potentiels. Aussitôt que l'on blesse l'intestin, la différence de potentiel entre les deux pôles s'accroît notablement et l'accoalement de l'épiploon à la lésion intestinale coïncide toujours avec cet accroissement. L'attraction serait suffisante

pour attirer électivement l'épiploon au contact de la lésion intestinale et constituer ainsi l'adhérence. La présence de citrate de soude aurait peut-être pour effet de modifier les conditions de passage du courant et ainsi de paralyser cette production d'adhérences. Ce phénomène limite peut-être l'emploi de la papaïne, mais il lui assigne d'importantes indications, (adhérences récidivantes post-opératoires, etc...).

Enfin le citrate de soude qui est comburé dans l'organisme où il devient carbonate alcalin doit aider l'action de la papaïne qui agit en tous milieux, mais de préférence en présence d'une alcalinité légère.

Il ne faut pas perdre de vue qu'un excès de ce sel comme nous l'avons contrôlé après Sweet, Chaney et Wilson dépasse le but poursuivi, entrave la cicatrisation, facilite les hémorragies.

La papaïne que nous avons utilisée (Dr Bernardin) est en poudre, elle correspond aux essais du Codex 1937 (T. 100). Nous avons tenu compte de sa grande activité qui lui permet de digérer des quantités importantes de fibrine et nous avons utilisé des solutions faiblement concentrées. Le taux de 1/2.000 a causé la mort d'un animal. Quant aux dilutions supérieures à 1/40.000, elles nous paraissent ne pas présenter une efficacité suffisante.

Enfin les résultats opératoires sont bons en ce qui concerne les infections provoquées. S'il ne s'agit pas là d'une action simplement protéolytique, nous pensons avec Velluz que le phénomène crypto-toxique résulte d'une combinaison enzyme-substrat qui, d'après les conceptions actuelles serait à l'origine de l'action protéolytique ; ou bien les propriétés endocellulaires dont elle est le type participent dans une certaine mesure aux processus physiologiques de résistance aux poisons.

L'essai que nous avons réalisé avec la pepsine a été suivi de la mort de l'animal ; mais il serait peut-être intéressant de s'adresser à des sucs analogues à celui du suc de papaya et extraits de plantes dites « carnivores » : Nepenthes, Drosera, Darlingtonia, Balsamita Suaveolens.

L'un de nous a ensuite préparé (Dr Bernardin) pour l'usage du service de clinique chirurgicale de la Faculté (Professeur Camille Dambrin) une solution stérilisée en bouteilles canettes de un litre contenant une proportion de citrate trisodique de 0 gr. 25 % et de papaïne en poudre (Cod. 1937) à 1/30.000 dans de l'eau distillée ; soit pour 1.000 cc. : 2 gr. 50 de citrate de soude et 0 gr. 033 de papaïne, ces concentrations nous ayant paru optima. Nous sommes arrivé à cette formule après de nombreux essais.

Les observations cliniques que nous publions maintenant ont été faites en utilisant cette solution, soit par affusions de petites quantités au cours de l'intervention, soit plus simplement en versant le contenu 1000 à 1500 cc. dans la cavité péritonéale avant la fermeture de la paroi.

OBSERVATIONS CLINIQUES

I. — Malade opérée le 25 juin 1937 pour annexite, hystérectomie subtotale difficile, nombreuses adhérences. Revue le 3-3-39, douleurs abdominales, constipation opiniâtre. Opération le 9-3-39 (Dr Louis Dambrin). De gros blocs d'adhérences bloquent le petit bassin ; libération partielle, on verse 1200 cc. de liquide. Malade revue en mai 1939 complètement transformée, plus de douleurs abdominales.

II. — Malade opérée le 12 août 1938 pour kyste de l'ovaire tordu et très adhérent. Revue le 18 novembre 1938, se plaint de douleurs continuelles du bas ventre et de constipation opiniâtre. Nous faisons effectuer 12 séances de diathermie sans résultat. Opération le 5-3-39 (Dr Louis Dambrin). Les anses intestinales sont très adhérentes entre elles et à la paroi abdominale. Clivage très difficile. Nous versons 1500 cc. de solution papaïne citraté. Malade revue le 9-4-39, souffre encore légèrement du bas ventre. Pas de troubles intestinaux. La constipation s'est beaucoup améliorée.

III. — Malade opérée il y a 6 ans pour fibrome utérin. Réopérée il y a 3 ans pour adhérences post-opératoires. Libération des adhérences. La malade se présente à nous en mars 1939, se plaignant de phénomènes douloureux dans le petit bassin et de sub-occlusion.

Intervention le 25-3-39 (Dr Louis Dambrin). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Bloc d'adhérence réunissant le colon à l'artère iliaque externe gauche, libération très délicate, nombreuses adhérences du petit bassin, libération partielle. Nous versons 1000 cc. de liquide dans le petit bassin. Fermeture procédé ordinaire : fil de fer, agraffes. La malade est revenue nous voir le 2 mai 1939. Grande diminution des douleurs abdominales. Fonctionnement intestinal normal.

IV. — Femme de 33 ans, opérée le 28 mars (prof. C. Dambrin). Hystérectomie sub-totale pour annexie très adhérente. On verse 900 cc. de liquide dans le petit bassin, suites opératoires excellentes.

V. — Malade (25 ans), opérée pour péritonite appendiculaire le 20-4-38. Suites opératoires pénibles (phlébite, longue suppuration abdominale). Revient nous trouver en juillet pour douleurs et troubles intestinaux. Mauvais état général. Nous conseillons un traitement diathermique qui ne donne pas de résultat.

Opération le 8-2-39 (Dr Louis Dambrin). Enorme bloc très difficile à écliver. Libération de plusieurs anses. On verse 1000 cc. de solution. Complications pulmonaires et nouvelle poussée de phlébite. La malade meurt brusquement. Autopsie. Embolie pulmonaire. Les adhérences ne se sont pas reformées au niveau des anses libérées lors de la seconde intervention.

VI. — Femme opérée le 23-3-39 pour fibrome utérin enclavé et adhérent (C. et L. Dambrin). On verse 1200 cc. de liquide. Suites excellentes.

VII. — Femme opérée le 7-3-39 pour appendicite et péritonite localisée. Gros blocs d'adhérences, on verse 1000 cc. de liquide. Suites excellentes.

VIII., IX., X., XI., XII., XIII., XIV., XV. — Femmes opérées ces derniers mois pour affections abdominales laborieuses. (Hystérectomies pour annexite, appendicite, fibrome adhérent, kyste de l'ovaire). On verse dans le petit bassin à la fin de l'opération 1000 à 1200 cc. de liquide. Aucun accident. Aucun trouble post-opératoire :

CONCLUSIONS

Le liquide que nous utilisons est inoffensif. Il a une action certaine (que nous avons expérimentalement et opératoirement vérifié) sur la formation des adhérences abdominales post-opératoires dont il empêche la formation par digestion semble-t-il de la fibrine lors de sa formation. Son action est bien supérieure à celle des autres produits et en particulier des corps lubrifiants ; elle est physiologique.

Nous croyons que cette méthode devrait être systématiquement utilisée lors de réintervention pour adhérences abdominales post-opératoires. De même lorsque à la fin d'une opération délicate on a l'impression que de larges portions laissées à nu vont être le point de départ de nombreuses adhérences, ce procédé simple et sans danger pourrait être utilisé avec profit. Employé à la concentration que nous indiquons il n'a

pas d'action nuisible sur les tissus mais agit seulement sur la fibrine nouvellement formée qui constitue le point de départ des adhérences. Il ne nous a donné aucun accident.

BIBLIOGRAPHIE.

ADAMS. — *The Lancet*, 8 mars 1913.

AMANN. — *Congrès international de Médecine*, Sect. Gyn. 1900.

ANTOINE et de MARTEL. — Les appendicites chroniques, 1934. *S.C.P.* Paris.

BOGARD Léon-M. — Intra abdominal adhésions An expérimental And Clinical Study. *Archives Of Surgery* de janvier 1937.

CANTACUZENE. — *Archives Roumaines de Pathologie expérimentale et de Microbiologie.* Tome IV, n° 2, juin 1931.

CATALETTE. — Les Adhérences Péritonéales Post-Opératoires. *Thèse de Paris*, 1936.

CARNOT. — *Paris Médical.* 16 mai, 1925.

CORNIL. — *Presse Médicale*, 12 octobre 1898.

GILSON et GRATIA — Le phénomène d'Arthus au catgut. *Jour. de Chirurgie.* Janvier 1938.

JOHNSON. — *New England Journ. Med.*, 1927.

KOCHER. — *Archives, für. Clin. Chir.*, 1914.

LARDENNOIS. — 1° *Le journal Médical Français*, février 1926 ; 2° Rapport du 36°. Congrès Français de Chirurgie, 3 octobre 1927.

LETULLE et LEBON. — 1° *Académie de Médecine*, 18 nov. 1919 ; 2° *Société Anatomique*, 22 novembre 1919.

MASMONTEIL. — A propos du mécanisme de la formation des adhérences péritonéales. *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris.* Tome XXVIII, année 1936.

MULLER. — *Arch. für Gynâk*, 1886.

NAUMANN. — 1° *Deutsche Mediz. Wachen*, 29 août 1924. *Arch. Für Klin Chir.*, 1925.

OCHSNER et GARSIDE. — *Sürg. Gyn. Obste.*, 25 janvier 1932.

PAUCHET. — *Journal de Médecine de Paris*, 28 avril 1927.

PECKOLT. — *Pharmaceutical Journ. and Trans.* (3) X, 313 et 383, 1879.

PETIT Raymond. — Mécanisme de la formation des adhérences péritonéales. Etude expérimentale. *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris.* Tome XXVIII, année 1936.

PRIBRAM. — *Archiv. Für Klin.*, 1914.

RICK. — *Zentralb. für Gynak*, 3 juin 1922.

SCHMIEDT. — *Arch. für Klin. Chirur.*, tome 104.

SWEET, CHANEY and WILSON. — *Annals of Surgery*, 1915.

TSACONAS. — Comment peut-on éviter les adhérences post-opératoires chez les laparotomisés ? Recherches cliniques et expérimentales. *Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, séance du 3 novembre 1933.

VELLUZ L. — Inactivation de quelques toxines par la papaïne. (Comptes rendus de la *Société de Biologie.* Séance du 14 mai 1938, t. CXXVIII, 1938, n° 16, p. 132).

VOGEL. — 1° *Deutsche Zeit. für Chir.* 1902 ; 2° *Deutsche Zeit. für Chir.* 1911 ; 3° *Zentralh. für Chir.* 1916 ; 4° *Zentralb. für. Chir.* 1922 ; 5° *Mun. Méd. Woch.* 1922.

WALTON. — 1° *Journ. Pharm. and Exper. thérap.*, 1930 ; 2° *Proces. Soc. Expéri. Biol. And Med.* 1931. Papaïn. Préparations snitable. for Prevention of Adhesions. Proc. *Soc. Expérm. Biol. et Med.* 28-922, June 1931.

WURTZ et BOUCHUT. — Comptes rendus de l'*Académie des Sciences*, 24 août 1879.

YARDUMIAN. — And. Cooper. D.H. : Papain in Prévention of Abdominal adhésions *Arch. Surg.* 29-264 (Auf.) 1934.

La médecine d'urgence : symptômes, diagnostic, traitement immédiat, formulaire, 7e édition revue et augmentée par J. ODDO. — Un vol. in-8° de 840 pages : 120 fr. G. Doin, édit., Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 5 JUIN 1939.

Sur la photométrie des sources quasi ponctuelles. — M. YVES LE GRAND et EUGÈNE GEBLEWICZ.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 20 JUIN 1939.

Notice. — M. G. RAMON lit une notice sur M. WILLIAM PARK, correspondant étranger récemment décédé.

Distomatose. — MM. E. BRUMPT et G. LAVIER. La grande douve est un parasite très fréquent des voies biliaires du mouton ; elle est rare chez l'homme ; depuis quelques années cependant les cas humains se multiplient. Les auteurs montrent que l'infestation de l'homme est réalisée par l'intermédiaire du cresson, et tout particulièrement du cresson sauvage cueilli dans les ruisseaux traversant les prés où pâturent les moutons. Il n'y a par contre *rien à craindre* du cresson vendu à Paris (près de 9 millions de kg. pour 1938) qui provient de cressionnières bien entretenues et situées dans des régions où l'on n'élève pas le mouton, celui-ci constituant le réservoir de virus. Une prophylaxie très simple de la maladie humaine se dégage de ces faits ; attirer l'attention du grand public sur le danger que présente la consommation du cresson sauvage ; interdire la vente sur les marchés de celui-ci ; veiller à ce que la culture du cresson ne soit faite que dans des régions où il n'y a pas de moutons, sinon empêcher obligatoirement l'accès de ces animaux aux cressonnières en entourant celles-ci de solides clôtures.

Maladie éruptive simulant la variole. — MM. BOULNOIS, MALBRANT et DOHER apportent une étude sur une maladie appelée au lac Tchad, Abou mouk mouk. Ils sont très portés à l'assimiler à l'Alastrim.

La mauvaise qualité du pain. Ses causes, ses remèdes. — M. LASSABLIÈRE. La désaffection du public pour le pain, en dehors des raisons sociales qui ont modifié après la guerre des habitudes de se nourrir ancestrales, est due aux vicissitudes de notre politique du marché du blé depuis la guerre, à l'addition (1918-1922) de farines de succédanées plus ou moins indigestes (maïs, orge et quelquefois manioc), à l'incorporation en 1928 de substances chimiques pour blanchir la farine, mesures qui ayant du être interdites ont néanmoins fait le plus grand tort à la cause du bon pain.

De plus, l'évolution trop rapide des progrès du machinisme (pétrins mécaniques, chauffage au mazout des fours), l'apparition trop brusque des lois sociales ont apporté au début des perturbations dans la panification.

Si l'on veut remettre à l'honneur le pain comme aliment de base :

1°) Il convient de généraliser l'emploi des blés français dits de force, riches en gluten, de qualité irréprochable et *contrôlable* par les méthodes modernes de farinographie (méthode de Chopin, de Brabander, de Pelshenke). La farine ainsi obtenue permettra une bonne panification, bien que rapide et appropriée aux besoins actuels.

2°) Il faut que le décret ministériel en préparation intervienne de suite pour interdire dans la mouture le dégermage du blé. En effet, en rendant à la farine le germe et l'assise protéique du blé qui contiennent les éléments les plus nutritifs (minéraux, vitamines, diastases), on restituera au pain ses qualités d'autrefois « d'aliment incomparable ».

La meilleure qualité du pain augmentera *ipso facto* sa consommation et non seulement la santé publique y trouvera son compte, mais encore l'Etat de son côté pourra utiliser pour des œuvres de vie et en particulier pour la lutte contre la dénatalité les milliards de déficit que lui cause le déséquilibre actuel entre la production et la consommation du blé.

Aspect biologique de l'immigration. — M. R. MARTIAL dont on connait les nombreux et remarquables travaux sur l'immigration attire une fois de plus l'attention sur le danger de l'infiltration étrangère.

Une race, comme la race française, formée depuis cinq mille ans mérite d'être protégée et conservée. Par de nombreux exemples, l'auteur montre que la qualité des immigrants a plus d'importance pour l'avenir du pays que leur nombre.

Il termine en insistant sur la nécessité de rendre aux jeunes ménages français l'instinct de conservation, et il cite l'exemple des musulmans chez lesquels le principe de la maternité — honneur est toujours en vigueur.

Election. — MM. Euzière (de Montpellier) et Desbouis (de Caen) sont élus correspondants nationaux dans la 1re division (médecine).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DE LA RETRAITE (1)

Nous vivons dans un temps où il est impossible de savoir de quoi demain pourra être fait. Cependant, il est des gens qui ne craignent point de construire sur un avenir aussi incertain et même, pour mener à bien leurs projets, ils n'hésitent pas à bousculer des traditions séculaires, à bouleverser l'exercice professionnel : en somme, ils sèment le désordre alors qu'il serait plus indispensable que jamais pour une corporation qu'elle se repliât sur elle-même pour essayer de résister aux courants qui risquent de l'entraîner vers l'inconnu.

C'est ce qui se produit pour la retraite des médecins, dont le projet vient de paraître et qui se révèle pire qu'on ne pouvait penser.

Cette publication a cependant un avantage, c'est de ne laisser aucun doute sur le but poursuivi. Il suffit, pour s'en convaincre, de cette courte phrase : « On pénalise un peu ceux qui continuent à exercer ».

« Un peu » est modeste, puisqu'il est envisagé de faire payer à ceux qui ne prendraient pas leur retraite à 65 ans, une cotisation de 1.500 francs par an !

Le but véritable est donc bien d'obliger les médecins à cesser tout exercice à 65 *ans* et tout le reste n'est que de la littérature...

A. HERPIN.

Chirurgie de la main. — I. — Livre du praticien : Plaies, infections et traumatismes de la main par Marc ISELIN, chirurgien de l'Hôpital américain. — Un volume de 320 pages, avec 135 figures : 65 fr. Masson, édit., Paris.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1939, N° 41, du 24 mai (M. Herpin); N° 42, du 27 mai (M. Mordagne); N° 50 du 24 juin (M. Mordagne).

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'ASYSTOLIE HÉPATIQUE

Le foie se comporte, au point de vue vasculaire, comme une annexe des cavités droites du cœur, et toute cardiopathie au cours de son évolution, finit par retentir sur le fonctionnement hépatique.

Ce retentissement a lieu plus ou moins vite — et prédomine suivant les cas, plus ou moins sur l'ensemble du tableau clinique — si bien que les aspects cliniques sont multiples.

Nous l'envisagerons successivement chez l'adulte et chez l'enfant.

I. — A.H. DE L'ADULTE

ETIOLOGIE.

A. — Toutes les affections qui retentissent sur le cœur droit vont déclencher plus ou moins tôt des accidents hépatiques. Ce seront donc surtout :

Certaines affections cardiaques, au premier plan desquelles : les affections mitrales, les symphyses péricardiques et, plus accessoirement, le rétrécissement tricuspidien ou certaines affections myocardiques, du type myocardies.

Les affections pulmonaires chroniques, et, de façon extrêmement fréquentes :

- les bronchites chroniques avec emphysème;
- toutes les scléroses pulmonaires étendues (asthmatiques en particulier);
- les symphyses pleurales avec déformation thoracique ;
- la tuberculose fibreuse du poumon.

Enfin : les déformations thoraciques des pottiques, des gibbeux, des rachitiques, desquelles il faut rapprocher toutes les variétés de sclérose médiastinale.

Il est important de souligner le *rôle favorisant* d'une tare hépatique antérieure, et ici le paludisme, la lithiase et surtout l'alcoolisme jouent un rôle certain.

B. — L'A. H. est plus rare et de toutes façons beaucoup plus tardive au cours de l'I. V. G. des hypertendus ou des aortiques.

C. — Enfin, à titre occasionnel, l'A. H. peut s'observer au cours des asystolies aiguës du Basedow, de la tachycardie paroxystique, du cœur forcé.

CLINIQUE.

1. — L'atteinte hépatique peut n'être qu'une des localisations au cours d'un tableau d'asystolie et le *gros foie douloureux* qui traduit la confection passive de l'organe se retrouve, souvent très tôt, dès le stade d'hyposysolie, d'apparition et d'évolution parallèles à celles des œdèmes périphériques et des autres stases viscérales. C'est le cas habituel dans les défaillances cardiaques des ventraux, et la *régression du foie* y est un des meilleurs tests de l'efficacité du traitement.

2. — *L'atteinte hépatique peut prédominer*, et c'est le tableau le plus typique de l'A. H.

Le début se fait alors par des signes hépatiques :

Anorexie;
Lenteur des digestions;
Subictère des conjonctives surtout.

Enfin : une *douleur hépatique* qui est souvent le signe qui décide le malade à consulter : douleur épigastrique ou de l'hypocondre droit, tenace, constante et irradiée vers l'épaule droite — douleur que le palpe léger réveille instantanément.

Chez ce malade, par ailleurs dyspnéïque, cyanosé et légèrement œdémateux, qui présente une diminution relativement marquée de ses urines, l'examen révèle :

LE FOIE : *gros*, bord supérieur dans le quatrième espace; bord inférieur à 3 ou 4 travers de doigt sous le rebord costal. *Uniformément douloureux. Ferme* et *lisse*, présentant (du moins au début) les phénomènes classiques du pouls veineux hépatique, du reflux hépato-jugulaire. Et enfin, en état d'*insuffisance fonctionnelle*. Comme en témoignent : l'urobilinurie, la présence des sels biliaires dans les urines, l'hypoazoturie et, chimiquement, un *symptôme hémorragique léger* avec pétéchies ou hémorragies muqueuses; avec augmentation du temps de saignement et irrétractilité du caillot.

Cette forme d'A. H. est aisément rattachée à sa cause, car il existe simultanément des signes cliniques d'asystolie : l'étude de la T. A. et l'auscultation du cœur montrent l'existence d'une lésion orificielle qui explique tout le mal.

Mais le signe le plus caractéristique de cette A. H. est son évolution *par poussées d'accroissement et de régression*, sous l'influence des toni-cardiaques : cette évolution se prolongera jusqu'à ce que le cœur cesse de réagir à son tour à ces toniques.

Une seule cause d'erreur diagnostique avant l'épreuve thérapeutique : la *pleurésie droite sus-diaphragmatique* qui, élevant la matité hépatique, peut simuler complètement une hépatomégalie.

3. — *L'atteinte hépatique peut seule*, pendant un certain temps, traduire l'insuffisance ventriculaire droite : c'est l'*A. H. pure*, de diagnostic plus délicat.

Ce sont des troubles digestifs qui, par leur persistance, attirent l'attention. L'examen montre en tout et pour tout, *un gros foie*, dur, douloureux, sans reflux H. jugulaire, avec quelques signes discrets d'insuffisance hépatique. Mais *sans œdème, sans cyanose, sans dyspnée*.

Au cœur : si dans certains cas des signes nets de décompensation peuvent être notés, le plus souvent l'examen reste ce qu'il était antérieurement.

C'est alors que prennent une *valeur de premier plan* :

la *tachycardie;*
l'*étude de la T. A.*, et surtout la *différentielle;*
la *radioscopie du cœur* enfin, précieuse surtout si l'ombre déborde le bord droit du sternum; s'il existe un *angle obtus* cardio-hépatique : deux signes de grande valeur diagnostique.

Dans cette éventualité encore, et lorsque l'examen cardio-vasculaire ne peut être complet (radio) ou n'est pas absolument probant, lorsque le diagnostic hésitant fait discuter les autres hépatomégalies monosymptomatiques, donc essentiellement :

un gros foie paludéen ou amibien;
un gros foie amyloïde ou diabétique ;
surtout : un *néoplasme hépatique* à son début;
l'*épreuve thérapeutique* doit être absolument mise en œuvre : repos hépatique et toni-cardiaques ; elle permettra quasi-toujours de lever rapidement les doutes.

(A suivre). G. LE SUEUR.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 52. — SAMEDI 1er JUILLET 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.

L'action dynamique spécifique des aliments, par MM. L. CORNIL, Ch. MATTEI, J. VAGUE, F. GIRAULT et J. COURTOIS.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Contre le projet Pomaret : un ordre du jour du syndicat des médecins de la Seine.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences. — Académie de médecine. — Académie de chirurgie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CHRONIQUE.

Un hommage à la médecine coloniale française. — F.L.S.

REVUE DES THÈSES.

INFORMATIONS

Hôpital-Fondation de Rothschild. — *Concours de l'internat.* — Sur les 22 candidats admis à se présenter aux épreuves écrites et orales, ont été nommés : 8 *internes titulaires :* Mme Pilosoffe, M. Leibovici, Mlle Durkheim, MM. Sarfati, Bitoun, Abramovicz, Perel et 4 *internes provisoires :* MM. Bennoun, Perillo, Gronstein, Mlle Lauer.

Université de Paris. — L'Université décernera en novembre prochain, au cours de sa séance solennelle de rentrée, le diplôme de docteur *honoris causa* à M. Philippe Roy, ancien ministre du Canada, docteur en médecine, et à Sir Humphry Rolleston de Haslemere, correspondant de l'Académie de Médecine de Paris.

Facultés de médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. *Section de médecine générale. Leçon d'une heure.* — 1re Séance du 27 juin :

M. Boucomont (Montpellier) : « Gangrène diabétique des membres ».

2e Séance du 27 juin :

M. Driessens (Lille) : « Artérites juvéniles ».

M. Lamy (Paris) : « La sclérodermie ».

M. Bonnet (Paris) : « L'hypertension paroxystique ».

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS DU CLINICAT. — Sont proposés :

Cliniques médicales : Cochin : MM. Siguier, Brumpt et Tanret. — *Saint-Antoine :* M. Ledoux-Lebard. — *Hôtel-Dieu :* MM. Dupuy et Gaultier. — *Pitié :* M. Frumusan.

Cliniques chirurgicales : Salpêtrière : MM. Rouvillois, Guénin, Cordebar, Lortat-Jacob. — *Thérapeutique chirurgical :* MM. Lazard et Cauchoix. — *Cochin :* M. Mathey. — *Neuro-chirurgicale :* M. Daum.

Clinique oto-rhino-laryngologique : MM. Sacquépée, Osenat.

Cliniques des maladies nerveuses et maladies cutanées : Salpêtrière : M. Auzépy (*maladies nerveuses*); *St-Louis :* MM. Meyer et Vial (*maladies cutanées*).

Obstétrique et gynécologie. — Clinique Tarnier : MM. Corcos, Seguin et Gillet ; *hôpital St-Antoine :* MM. Lévy (Jean) et Morin ; *hôpital Broca :* MM. Coldefy et Picard.

Chirurgie infantile. — Hôpital des Enfants-malades : M. Faugeron.

Chirurgie orthopédique de l'adulte : M. Judet.

Clinique médicale propédeutique. — Hôpital Broussais : MM. Payet et Fasquelle.

Clinique cardiologique : Broussais : MM. Bouvrain et Mathivet.

Clinique de thérapeutique médicale. — Hôpital de la Pitié : MM. Arnous, Vignalou, de Font-Réaulx.

Laboratoire d'anatomie pathologique. — Des travaux pratiques supplémentaires auront lieu à partir du jeudi 5 octobre 1939, à 15 heures, dans les salles de microscopie du laboratoire, escalier C, 4e étage.

Le droit d'inscription est de cinquante francs. En outre, *dès le début de la première séance*, une somme de cinquante francs devra être déposée en garantie de la boîte de 60 coupes remise à chaque élève.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au *lundi 2 octobre* au Secrétariat, guichet n° 4, les lundi, mercredi et vendredi de 14 à 16 heures, et tous les matins, sauf le dimanche, de 9 heures à 11 heures, sur présentation d'une autorisation écrite, délivrée par le Chef des Travaux, tous les jours, sauf le dimanche, de 10 heures à 12 heures et de 15 heures à 18 heures.

Faculté de médecine de Lille. — M. Huriez, agrégé est chargé de la suppléance de M. le Professeur Ingelrans, en congé.

Ecole de médecine de Tours. — M. Guillaume-Louis est renommé directeur pour une nouvelle période de trois ans.

Légion d'honneur. — MARINE (active).

Commandeur : M. le médecin général Plazy.

Officier : MM. Noirit, Schennberg, Bideau, Chrêtien, le Cann, Germain.

Chevalier : MM. Le Meur, Puyo, André, Morvan, Bayle, Labernède.

MARINE (réserve) :

Officier : M. Quéré.

Chevalier : MM. Alluaume, Dupouy.

Mission. — M. le professeur Achard, membre de l'Institut, secrétaire général de l'Académie de médecine est chargé par le ministre des colonies d'une mission d'études médicales en Guyane et en Inini.

Prix Chauvin d'oto-neuro-ophtalmologie (1940). — Le jury pour ce prix est composé de MM. Barré, Tournay, Velter, Coppez, Di Marzio, Portmann.

L'attribution du prix sera faite au moment du Congrès des Sociétés Françaises d'O.N.O., en 1940 ; le sujet désigné est « Etude des troubles de la motilité oculaire d'origine vestibulaire ».

Les mémoires doivent être adressés au Professeur Terracol, 10, rue Paladilhe à Montpellier (Hérault), avant le 1er avril 1940, dernier délai.

Les étudiants de Paris sur la Côte d'Azur. — L'Association Générale d'entr'aide aux Etudiants de Paris dont le siège est 51, rue de la Harpe, organise un camp de vacances au Cap d'Antibes, près de Juan-les-Pins, monté en pleine pinède tout au bord de la mer.

Le nombre des places étant limité, on prie tous ceux qui veulent se joindre à cette jeunesse de venir s'inscrire le plus rapidement possible.

L'Association Générale d'entr'aide aux Etudiants fait bénéficier ses membres pour les voyages groupés, d'une réduction de 50 % au moins.

Pendant le séjour des Etudiants sur la Côte d'Azur, le conseil d'Administration de l'A. G. a décidé de donner un grand gala suivi de bal de nuit le 29 juillet dans les salons de l'hôtel Escurial, à Nice, au profit de son camp de vacances, qui s'intitulera : « La nuit des Etudiants ».

Pour tous renseignements, s'adresser où écrire à l'Association, 51, rue de la Harpe, Paris 5e, Téléphone: 56-14.

Fête de l'Empire. — Une grande manifestation coloniale aura lieu le samedi 1er juillet, à 21 heures, au Cercle militaire, place St-Augustin. Organisée par la *Zaouia,* œuvre coloniale pour l'instruction des soldats indigènes de l'Afrique, la fête sera présidée par l'amiral Lacaze et M. Galandou Diouf, député du Sénégal. La fête comprendra, notamment, une représentation artistique suivie d'un bal. Retenir ses places au Cercle militaire.

COURS

Cours de perfectionnement de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — Le cours de perfectionnement qui devait avoir lieu en septembre-octobre 1939 à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu n'aura pas lieu cette année, il est reporté à une date ultérieure.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Henri Vanuxem, ancien maire de Nieppe, ancien conseiller général du Nord, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre française et anglaise.

— Le docteur Jean Murat, de Vichy.

— Le docteur Pierre Audouin, de Bordeaux.

— Le docteur Charles Martin, ancien interne des hôpitaux de Paris (1893), professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'Ecole d'Angers, décédé au cours d'un voyage en Algérie.

— Le docteur Roqueplo, médecin commandant en retraite.

— Le docteur Albert Darcourt, électro-radiologiste à Marseille, décédé, victime du devoir professionnel.

— Le docteur Ducos, médecin en chef en retraite de l'hôpital psychiatrique de Château-Picon, décédé à Bordeaux.

REVUE GENERALE

L'ACTION DYNAMIQUE SPÉCIFIQUE DES ALIMENTS

Étude clinique et physio-pathologique

par MM.

L. CORNIL, Ch. MATTEI, J. VAGUE, F. GIRAULT et J. COURTOIS

La notion d'A. D. S. tient tout entière dans ce fait. Si on fournit à un organisme l'énergie de sa dépense de fond (celle du jeûne), la dépense s'élève aussitôt; aux calories apportées, l'organisme en ajoute un certain nombre qu'il est obligé d'emprunter à ses réserves. Cette *dépense supplémentaire* provoquée par l'ingestion des aliments, c'est l'A. D. S. de ces aliments.

Soupçonnée il y a fort longtemps, longuement étudiée vers la fin du dernier siècle, l'action dynamique spécifique des aliments n'a été appliquée à la physio-pathologie que dans ces dernières années.

Lavoisier, en 1790, avait déjà signalé l'augmentation des échanges provoquée par l'ingestion alimentaire; Rubner mit au point la question dans ses travaux sur l'isodynamie de 1882 à 1885 et, en 1902, dans son livre « Les lois de la consommation énergétique », définit l'A. D. S. comme « *l'accroissement de production de chaleur qui suit l'ingestion des principales matières nutritives ou de certains de leurs principaux produits de dégradation* ». Cette valeur est en moyenne de 30 % dans le cas des protides, de 12 % avec les lipides; les glucides ne donnent qu'une A. D. S. de 5 à 6 %.

Depuis dix ans, le sujet est en pleine évolution. Graham Lusk, dans sa « Science de la nutrition ». Brody Richardson et Mason ont déterminé que la production de chaleur basale pendant le jeûne est en somme, l'A. D. S. des matières alimentaires de constitution et d'accumulation.

Un grand nombre de travaux de Wielhelmj et de ses élèves, de Mahaux, de Wierzuchowski, de Lombroso, d'Artundo, de Mazzocco, d'Aubel, Schaeffer, et bien d'autres, visent à expliquer l'A. D. S. et à lui donner des lois; en dégager l'essentiel est ici notre but. La difficulté réside dans le fait qu'il n'existe pas de méthode de commune expression dans la mesure de l'A. D. S., d'où une incoordination de recherches très grande et d'autre part d'extraordinaires divergences d'opinions concernant la nature de ce phénomène.

Néanmoins, malgré ces facteurs d'obscurité, nous essayerons de retenir au long de ces pages ce qui ressort des travaux antérieurs et des quelques recherches que nous avons poursuivies dans ce sens; notre étude dont le but est strictement physio-pathologique se divisera en trois chapitres : le premier traitera de la partie chimique et physiologique de la question; le deuxième, des moyens de mesurer et d'exprimer l'A. D. S. en physiologie; les valeurs de l'A. D. S. au cours des différentes maladies de la nutrition exposées en dernier lieu, justifieront peut-être l'intérêt que nous lui avons porté.

Tout récemment, une monographie fort complète de Schaeffer et Le Breton (l'Action dynamique spécifique des protides), a mis au point la question de l'A. D. S. au point de vue chimique. Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet important travail à tous ceux qui s'intéressent au problème de la nutrition. Aussi bien, l'étude présentée ici a-t-elle un but quelque peu différent; centrée sur la clinique elle s'en éloignera peu, et n'empruntera à la physio-chimie elle-même que des notions relativement restreintes, dont on pourra trouver ailleurs le complément.

I. — ETUDE BIOLOGIQUE

Elle comprend celle des organes et des fonctions qui sont susceptibles d'intervenir à l'origine de l'A. D. S.

1° LE REIN

Aubel et Schaeffer (1932) ont retenu l'importance du travail rénal comme étant le seul élément à conserver de la théorie de Zunz qui, dans ses expériences reprises ensuite par Lublin, après administration d'eau, d'urée et de chlorure de sodium, observa une augmentation de la production de chaleur: l'absorption de 60 g. d'urée dans 500 cc. d'eau amena une élévation de production de chaleur atteignant jusqu'à 12 %; en administrant l'eau en second lieu et séparément de l'urée on atteignait même 20 %; mais Wilhelmj se demande s'il ne s'agirait pas là d'un simple phénomène de pression osmotique.

Borsook et Winegarden contribuèrent surtout à faire douter de faits bien établis : Lusk, après administration d'urée à dose massive, n'avait pas vu d'augmentation dans la production de chaleur; Aub, Everret et Fine étaient parvenus aussi à la conclusion que l'activité rénale n'était pas un facteur dans l'A. D. S. des protéines et amino-acides. Ce furent Borsook et Winegarden qui trouvèrent une production d'extra-chaleur de 6 à 11 calories par gramme d'extra-azote éliminé, cette « capacité rénale » ne dépassant pas d'ailleurs 1 à 2 %. Ultérieurement, en 1931, ils conclurent qu'il existe une relation entre l'A. D. S. et l'excrétion de l'azote urinaire, de 25 à 60 % de l'A. D. S. pouvant être attribuée au travail rénal, le reste étant dû au métabolisme de l'azote et du carbone. Mais en 1934, Borsook et Keighley concluaient qu'il y a dans l'A. D.S . un facteur constant : le métabolisme de l'azote et un facteur variable, le métabolisme des résidus désaminés.

Entre temps, Strieck avait observé que l'A. D. S. de la viande chez les chiens était à peu près la même après ablation des reins qu'avant, puis en 1936, Eaton, Cordill et Gouaux virent une A. D. S. de la glycine aussi haute chez les chiens néphrectomisés ou non. Chez le pigeon, Di Frisco constate de son côté par ingestion ou injection d'urée, une A. D. S. stationnaire dans le premier cas, abaissée dans le second.

Enfin, Mlle Rajzman, en 1936, établissant que pour parler du rôle rénal dans l'A. D. S., il faut qu'il y ait parallélisme entre l'excrétion azotée et l'extra-chaleur produite, se lance dans une série d'expériences des plus sérieuses tant sur le lapin où elle mesure l'action de l'urée sur les échanges que sur l'homme où elle étudie la marche de la production calorique et de l'excrétion rénale après un repas protéique abondant. Ses résultats expérimentaux que nous avons sous les yeux, prouvent que dans le cas du lapin l'*accroissement du travail rénal provoqué ne retentit pas sur la dépense énergétique globale;* il n'y a aucune augmentation, parfois même diminution; d'autre part, dans le cas de l'homme, il n'y a *aucune simultanéité entre la montée des échanges qui la précède de une à trois heures et l'élévation de l'excrétion azotée* qui augmente progressivement alors que les échanges restent stationnairss ou diminuent. Et ceci nous permet de conclure avec cet auteur et d'accord à peu près avec tous les physiologistes, Schaeffer et Le Breton (1938) entre autres, qu'*il faut repousser l'intervention de l'activité rénale comme cause du mécanisme de l'A. D. S.*

2° LES TISSUS EN GÉNÉRAL

Zunz admettait à la base de l'A. D. S. le travail de digestion et d'absorption effectué au sein des tissus; en fait, pareille opinion n'a pu tenir devant les expériences de Voit, de Rubner, puis de Benedict et Emmes, et il n'y a pas augmentation des échanges aux dires de ces auteurs après ingestion d'os par des chiens. Terroine et Bonnet en faisant ingérer du glucose à un homme à jeun ou à un diabétique, n'ont constaté qu'une faible augmentation du métabolisme basal.

Voit croit que la cause de l'A. D. S. résiderait dans une *action excitante des aliments et des produits de leur métabolisme sur les cellules* où interviendraient la qualité et la quantité des aliments apportés par le sang. D'après Aubel et Schaeffer, il y a en faveur de cette théorie, les faits suivants :

1° Du glucose et de la glycine administrés à un chien phloridziné donnent une élimination immédiate sous forme de glucose et d'urée sans oxydation. Pourtant, le métabolisme est augmenté, alors qu'une quantité de glucose équivalente à l'amino-acide n'aurait produit aucune augmentation.

2° L'A. D. S. est indépendante de l'oxydation de l'amino-acide ou de la libération de son énergie.

3° On ne peut pas rapporter l'A. D. S. à l'oxydation des produits de clivage lors de la transformation en glucose.

4° Les sucres présentent toujours une A. D. S. quand on les administre en quantité suffisante.

Wilhelmj et Bollmann ont prouvé que des *amino-acides injectés à des chiens hépatectomisés, ne donnent pas d'A. D. S.;* quant à l'A. D. S. des sucres, Terroine a prouvé qu'elle est infime quand on la compare, non à l'augmentation immédiate des échanges, mais au moment où elle correspond aux besoins énergétiques.

Lusk a administré de la glycine et de l'alanine à des chiens phloridzinés et a récupéré toute l'énergie des amino-acides dans l'urine comme extra-glucose et urée; de plus, Wilhelmj et Bollmann ont trouvé que l'A. D. S. de l'alanine et de la glycine excèdent souvent de beaucoup (1 fois 1/2 sur 3), l'énergie intrinsèque de la masse totale de l'amino-acide desaminé durant la période d'expérimentation et Lusk conclut que l'*A. D. S. ne saurait être attribuée à la combustion de l'amino-acide « per se » et à la libération de son énergie contenue comme extra-chaleur.*

En second lieu, l'administration pratiquée par Wilhelmj, Bollmann et Mann par voie intra-veineuse d'amino-acide comme l'alanine et la glycine n'ayant, on l'a vu, amené aucune élévation de chaleur chez des chiens hépatectomisés, Lusk conclut que l' *A. D. S. n'est pas non plus liée à une stimulation directe des tissus par des amino-acides n'ayant subi aucune modification.*

Enfin, la voie d'absorption, la dose, depuis les expériences de Lewis et Lusk, n'altèrent pas l'*A. D. S., ce qui permet à Lusk de poser le troisième point de sa théorie, à savoir que l'A. D. S. n'est pas influencée par le travail des glandes digestives, ni les mouvements intestinaux, ni le travail d'absorption de l'intestin.*

Par contre, à la suite des expériences des physiologistes américains, il n'est pas possible de nier l'*influence des conditions de nutrition* sur l'A. D. S. Mason trouve une A. D. S. anormale dans des cas de sous-nutrition avec reprise de poids, l'aliment perturbateur étant éliminé du régime. Wilhelmj et Mann ont étudié l'A. D. S. de l'alanine et de la glycine administrées par voie intra-veineuse chez le chien pendant un jeûne de deux smaines et pendant la réalimentation à prédominance hydro-carbonée. L'A. D. S. était augmentée pendant le jeûne, quoique la dose d'amino-acide désaminé fut réduite. Par contre, le quotient respiratoire ne s'élève pas pendant le jeûne au-dessus de 0,69 à 0,70. Donc, la dose décroissante d'amino-acide désaminé et la plus haute valeur d'A. D. S. sont certainement des phénomènes en relation l'un avec l'autre et ceci suggère la possibilité de production d'une synthèse de composés plus complexes contenant de l'azote et retenus au moins pour une courte période; la grande élé-

vation d'A. D. S. représente alors le *surplus d'énergie nécessaire pour ces processus synthétiques.* Kiech et Lusk, puis Wilhelmj et Mann ont observé qu'avec le retour de l'alimentation il y avait retour de l'A. D. S. à la normale progressivement et même au-dessous de la normale par un régime hydrocarboné.

Pour Wang et Strause, l'A. D. S. des protides présenterait une haute valeur chez l'individu maigre et basse chez l'individu gras; Strang et Mac Clugage nient l'existence de ces variations; Kriss s'est livré à des recherches analogues sur des bestiaux en prenant pour base la surface de nutrition et la répartition de chaleur. Mais rien de probant ne se dégage de tout cela et ce dernier point est encore controversé et obscur.

L'A. D. S. présente avec la croissance des rapports étroits. Elle est nettement plus élevée, comme le métabolisme basal, dans l'enfance qu'à l'âge adulte. Lusk, Denis et Kramer, Hunter rapportent à l'élévation de l'A. D. S. chez l'enfant la créatinurie spontanée de cet âge et surtout l'augmentation de cette créatinurie par l'absorpion de créatine ou d'aliments créatinogènes. Si une telle conception n'est peut-être pas exclusive, il est vraisemblable qu'elle contient une part de vérité.

3° LE FOIE.

Ici se place peut-être la question cruciale du mécanisme de production de l'A. D. S. Mann, Wilhelmj et Bollmann étudièrent l'effet de l'administration intra-veineuse des amino-acides, alanine et glycine chez les chiens hépatectomisés, et ne trouvèrent aucune augmentation de production de chaleur; l'A. D.S. de ces amino-acides serait donc abolie par suppression du foie. Bollmann, Mann et Magath n'avaient vu après hépatectomie ni désamination ni formation d'urée, tout l'amino-acide étant retrouvé dans le sang, l'urine et le muscle. Mais ces expériences ne prouvent pas que l'A. D. S. des amino-acides résulte toujours de la désamination et de la formation d'urée « per se » *pas plus que le foie ne soit la source exclusive d'extra-chaleur.*

La perfusion de tissus isolés a montré dans les expériences de Bornstein et Never, que lorsque la glycine est ajoutée au sang perfusé à travers le foie, il se fait une augmentation notable de la consommation d'oxygène avec diminution de l'azote aminé et augmentation de l'azote uréique; les expériences de Rapport et Katz semblent prouver qu'en ajoutant de la glycine au sang perfusé à travers les muscles, on obtient aussi l'augmentation de la consommation d'oxygène, alors que sans glycine, il y a une baisse habituelle ; l'A. D. S. de la glycine serait donc, d'après ces auteurs, sous la dépendance de la stimulation directe des tissus ; mais Wilhelmj fait remarquer qu'il est possible qu'il y ait ici, vu la grande quantité de glycine employée, l'intervention d'un phénomène de pression osmotique.

Ce sont les expériences de Dock qui semblent prouver que le foie et non le muscle est la source de production d'extra-chaleur. Des rats soumis à un régime de caséïne présentent une consommation d'oxygène de 35 % plus élevée que les animaux témoins. La consommation d'oxygène des membres postérieurs obtenue après ligature de l'aorte au-dessous des artères rénales est seulement de 8 % plus élevée dans le groupe nourri à la caséïne, tandis que la consmomation d'oxygène des viscères abdominaux est de 141 % plus élevée dans le même groupe.

Cependant, Bornstein et Roese font une restriction : ils ont constaté qu'en plaçant le foie dans un circuit de perfusion avec des muscles, les amino-acides ajoutés au sang perfusé augmentent la consommation d'oxygène des muscles, aussi bien que le foie, d'où l'hypothèse que l'amino-acide provoquerait dans le foie une *hormone directement responsable de la production d'extra-chaleur.*

Ré n'adopte pas cependant cette conclusion : il a vu après hépatectomie, la courbe d'amino-acidémie descendre très lentement et il en conclut que le glycocolle a été fixé non seulement dans le foie, mais aussi ailleurs sans qu'il puisse préciser où.

Mahaux a élaboré une hypothèse nouvelle qu'il substitue à la théorie classique, simple hypothèse de travail, il le reconnaît d'ailleurs lui-même, mais dont les arguments sont des plus sérieux. Quoique nous nous soyons réservés de parler plus loin du rôle des glandes endocrines dans la question qui nous occupe, il ne nous serait pas possible d'exposer la théorie de Mahaux sans entamer déjà ce sujet. Cet auteur considère d'abord l'hypothèse classique qui admet la formation dans le foie d'ammoniaque provenant de la désamination d'acides aminés et entraînant un réflexe hypothalamo-hypophysaire secrétoire; l'A. D. S. serait alors le résultat d'une *stimulation thyroïdienne momentanée par une décharge d'hormone thyréotrope.* Ceci suppose l'existence d'une voie nerveuse tubéro-hypophysaire, d'une hormone thyréotrope, d'une sécrétion thyroïdienne et d'une voie nerveuse du foie au tuber.

Pende, La Barre ont contribué à élaborer cette hypothèse en se basant sur le métabolisme basal, mais Mahaux affirme que cette action ne se manifeste que trois ou quatre jours après et non tout de suite. Ceci l'a conduit à reprendre l'étude du mode d'action de la thyroxine sur l'organisme : cette action, pour Mayer, était directe, périphérique sur la cellule et d'autre part indirecte, centrale par les voies sympathiques. Mansfeld la voyait s'exercer par les nerfs périphériques et Issekutz par les centres thermo-régulateurs. Pour Schittenhelm, la thyroïde serait le laboratoire de synthèse de la thyroxine, la régulation des combustions étant assurée par la région hypothalamique où se fixe électivement la thyroxine alors que le reste du système nerveux central est pauvre en iode. Grafe et Grüntal ont vu un métabolisme abaissé de 35 % par destruction des centres tubériens et Schimazone que la thyroxine sous-durale est 200 fois plus active qu'intra-veineuse. L'action de la sécrétion thyroï-

dienne se ferait donc par l'intermédiaire des centres cérébraux et l'examen de ceux-ci chez deux basedowiens a montré l'augmentation de la teneur en iode du cerveau intermédiaire et de l'hypophyse. Enfin Popa, Cushing, Collin considèrent que le rôle de l'hypophyse et de la substance thyréotrope en plus de la stimulation de la thyroïde aurait aussi pour fonction de sensibiliser les centres hypothalamiques à la thyroxine en leur permettant la fixation de l'iode thyroxinien par l'intermédiaire d'un système porte pituito-hypothalamique où ils auraient trouvé des globules de colloïde d'origine hypophysaire allant agir sur les noyaux de l'hypothalamus. De plus, la pituitaire secrèterait des produits qui viendraient se concentrer au niveau des noyaux végétatifs du tuber, c'est la *neurocrinie interstitielle de Collin.*

Ce sont ces diverses considérations qui ont conduit Mahaux à l'élaboration de son hypothèse nouvelle, *la présence d'ammoniaque dans le foie provenant de la désamination d'acides aminés déclencherait au niveau de l'hypothalamus un réflexe métabolique permettant la synthèse rapide de l'urée.* Ceci suppose donc l'existence d'une hormone thyréotrope agissant d'une part de l'hypothalamus à l'hypophyse, d'autre part, de l'hypothalamus à la thyroïde, en second lieu d'une sécrétion thyroïdienne agissant sur l'hypophyse, d'une voie nerveuse assurant le réflexe métabolique tubéro-hépatique.

Le fonctionnement normal des centres hypothalamiques exigeant leur imprégnation par le complexe humoral thyréo-stimuline-thyroxine, on conçoit l'abolition de l'A. D. S. dans le cas d'insuffisance thyréotrope hypophysaire et sa réapparition après injection d'hormone thyréotrope.

Le rôle du taux de combustion dans le métabolisme azoté est primordial et le signe de Slosse (diminution du rapport $\frac{\text{urée}}{\text{N total}}$ dans les urines et le sérum) est à peu près constant chez les myxœdémateux.

Dans l'hyperthyroïdie au contraire, Parisot et Richard ont vu l'élévation du taux de l'urée et un chiffre d'azote aminé inférieur à la normale. Enfin dans la *maladie de Simmonds,* le débit uréïque, tombé jusqu'à 1 gramme se rétablit par la thyréostimuline à cause du rétablissement de l'A. D. S. des protéïnes qui précède de plusieurs jours le relèvement du métabolisme.

Noël Fiessinger, Gajdos et Panayatopoulos, après diverses expériences sur lesquels nous reviendrons, concluent que le *métabolisme calorique se trouve abaissé par suite de l'atteinte fonctionnelle du foie,* et proportionnellement à la gravité de l'altération du parenchyme hépatique. Il y aurait donc plus qu'un trouble de la fonction d'arrêt, de transformation, d'assimilation, mais un ralentissement de la vitalité tissulaire qui se traduirait par un abaissement marqué de l'A. D. S.

4° GLANDES ENDOCRINES.

Nous venons de voir la théorie séduisante hépato-endocrinienne de Mahaux. Lusk avait déjà admis aussi la possibilité de l'intervention d'un facteur endocrinien; puis Plaut avait rapporté que l'A. D. S. des protéïnes est très abaissée ou détruite dans les affections hypophysaires ou chez les animaux hypophysoprives; depuis, Godzieher et Gordon se sont aussi rangés à cette opinion, de même Foster et Smith en opérant sur des rats hypophysoprives avec de la glycine. Cependant, certains travaux sérieux tant cliniques qu'expérimentaux, tendent à faire douter de ces conclusions. Fulton, puis Cushing et Johnson rapportent que l'A. D. S. des protéïnes est normale chez des hommes atteints de maladie pituitaire. Doggs et Eaton, et, d'autre part Artundo et Gaebler, trouvent aussi une A. D. S. normale chez des chiens hypophysoprives. Enfin Du Bois établit que le taux d'A. D. S. des protéïnes et du glucose reste dans les limites normales dans le cas de goître exophtalmique et d'hypothyroïdisme. Mazzocco a constaté d'une part une A. D. S. abaissée dans les maladies de l'hypophyse, de l'autre une A.D.S. normale chez le chien hypophysoprive et il en conclut que l'A.D.S. ne saurait dépendre exclusivement de l'hypophyse. De récentes expériences de Houssay et Artundo ont montré encore une A.D.S. normale chez les chiens hypophysoprives, par contre, un peu abaissée chez les thyroprives et davantage chez les thyro-hypophysoprives; dans ce dernier cas, un traitement opothérapique anté-hypophysaire ne l'a pas ramenée à son niveau normal. Il nous semble donc aussi que l'on puisse s'en tenir à la conclusion de Mazzocco, sans toutefois nier le rôle possible de l'hypophyse à laquelle Lequine persiste à attribuer un rôle capital après diverses expériences sur des sujets atteints de syndrome adiposo-génital.

Il n'y a d'ailleurs pas qu'à la thyroïde et à l'hypophyse auxquelles on ait attribué une action importante dans l'A. D. S. : Ugo Lombroso, de même que Zunz et La Barre, accordent un rôle au pancréas endocrine.

D'autres expérimentateurs ont aussi pensé aux surrénales : Morales a étudié l'effet du glucose sur les échanges respiratoires des chiens privés de surrénales : le métabolisme basal diminue et 48 heures après, il y a au contraire élévation de celui-ci, ainsi que du quotient respiratoire, concordant avec la prolongation de la courbe glycémique à mesure que l'insuffisance surrénale s'accentue. La capacité de brûler le glucose n'est pas atteinte, mais l'hyperglycémie agit sur les phénomènes d'échanges respiratoires par ralentissement de la formation de glycogène probablement. Par contre, Nord et Deuel trouvèrent une A. D. S. normale chez le chien après surrénalectomie.

5° LA RATE.

Le rôle de la rate a été jusqu'ici fort peu étudié : Polonowski, Warembourg et Driessens, après ex-

périences par injection d'extrait de rate chez l'homme normal et le diabétique auraient vu se produire un abaissement du taux de la glycémie car cet organe favoriserait le métabolisme intermédiaire d'où découlerait l'A. D. S.

6° LE SYSTÈME NERVEUX.

Ces conceptions nous conduisent à envisager le rôle du système nerveux dans la genèse de l'A. D. S. Noyons et Lips (1932) démontrèrent les premiers que le tartrate d'ergotamine supprimait ou retardait dans quelques cas l'A. D. S. de la viande chez le chat, et que la splanchnicotomie bilatérale avait un effet encore plus net et définitif. Orestano avait observé que l'action sur les échanges des poisons sympathiques comme l'ergotamine est variable avec les états nutritifs des individus; se basant sur ces notions, Lombroso (1935) accorde au sympathique une part importante dans la production de l'A. D. S.

Reprenant les expériences de Noyons et Lips, Schaeffer, Dontcheff et Le Breton (1938) ont constaté :

1° Que le tartrate d'ergotamine cristallisé aux doses inhibant l'action des hormones sympathiques, empêche l'apparition des manifestations de l'A. D. S. des protides;

2° Que la section des deux splanchniques, datant de plusieurs mois, entraîne une réduction considérable de l'A. D. S. qui tombe au tiers de sa valeur normale.

Schaeffer et Le Breton (1938) en concluent que le mécanisme primordial déclenchant l'apparition d'extra-chaleur dans le catabolisme des protides est l'excitation du système nerveux sympathique par les amino-acides et la production d'hormones sympathiques (adrénaline ou sympathine).

Ces hormones libérées pourraient agir, soit en augmentant les échanges dans le système de la thermorégulation (et les amino-acides permettraient ce phénomène jusqu'à leur combustion et la diminution de leur taux dans les humeurs), soit en modifiant le catabolisme des protides à l'un ou l'autre de ses stades.

Schaeffer et Le Breton ajoutent avec beaucoup de vraisemblance : « La théorie selon laquelle le phénomène déterminant de l'A. D. S. (des protides) est l'excitation des nerfs sympathiques par les amino-acides, rendrait compte de tous les faits observés. La valeur de l'extra-chaleur dépendrait à la fois de la nature et de la grandeur de l'excitant d'une part, de l'état d'excitabilité du système sympathique de l'autre. Ainsi s'expliquerait sa constance quand les mesures sont faites sur certaines espèces dans des conditions bien déterminées, son énorme variabilité si on considère l'ensemble des expériences faites par les nombreux physiologistes sur des espèces variées avec les protides les plus divers. »

(à suivre).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONTRE LE PROJET POMARET

Tous les syndicats médicaux ayant été saisis d'un texte tendant à faire adopter le projet Pomaret, le *Syndicat des Médecins de la Seine* vient, après un long débat, d'adopter l'ordre du jour suivant émanant des Drs. Ch. Dévé et Hartmann.

Le *vote a été acquis à l'unanimité des membres présents. Deux confrères ont déclaré s'abstenir.*

« Le Conseil d'Administration du *Syndicat des Médecins de la Seine*, réuni le 21 juin 1939 :

Considérant : que l'institution par voie législative d'une retraite *facultative, mais comportant des versements obligatoires pour tous les médecins*, serait, au regard des médecins qui ne voudraient *ou ne pourraient* pas prendre leur retraite, une iniquité puisqu'ils seraient victimes d'une véritable spoliation au profit de médecins plus favorisés par la fortune; qu'un versement annuel *supplémentaire, imposé à ces médecins au delà de l'âge fixé pour la retraite*, constituerait une « *pénalisation* » *injustifiée* qui aggraverait l'iniquité commise à l'endroit de ces médecins.

Considérant : que la retraite entraînerait, *ipso facto*, la perte de la faculté de pouvoir user des droits actuellement attachés au diplôme de docteur en médecine sans limite dans le temps; que l'institution par voie législative d'une retraite *facultative, mais comportant des versements obligatoires pour tous les médecins*, serait une *première étape vers une retraite obligatoire* pour tous les médecins à un âge donné, nonobstant le caractère de profession libérale attaché à la profession médicale;

Repousse le projet actuel de retraite proposé par la Confédération.

Considérant d'autre part, que les médecins comme tous les citoyens, ont le désir :

1° D'assurer dans la mesure du possible, leur existence matérielle et celle de leur foyer lorsque l'âge ou la maladie les mettront dans l'impossibilité totale ou partielle d'exercer leur profession;

2° De se préoccuper *a fortiori*, des conditions d'existence matérielle de leur foyer si son chef venait à disparaître.

Considérant enfin que la seule façon de permettre aux médecins de se constituer une rente est de leur permettre de vivre en mettant un peu d'argent de côté;

Emet le vœu :

1° Que les Pouvoirs publics redonnent aux médecins la possibilité de vivre de leur profession;

2° Qu'un projet de constitution facultative de rente (à capital réservé ou aliéné, à la préférence des médecins) leur soit proposé; ce projet comportant : *a)* le principe de la répartition pour la quasi-totalité de la rente; *b)* la possibilité de continuer d'exercer tout en profitant de la rente; *c)* le principe d'une exonération partielle des versements proportionnellement à l'âge et au nombre des enfants des ayants-droit (ces enfants étant encore ou n'étant plus à leur charge) ».

Chirurgie de la main. — I. — Livre du praticien : Plaies, infections et traumatismes de la main par Marc Iselin, chirurgien de l'Hôpital américain. — Un volume de 320 pages, avec 135 figures : 65 fr. Masson, édit., Paris.

La médecine d'urgence : symptômes, diagnostic, traitement immédiat, formulaire, 7e édition revue et augmentée par J. Oddo. — Un vol. in-8° de 840 pages : 120 fr. G. Doin, édit., Paris.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 12 JUIN 1939.

Création artificielle de souches neurovaccinales. — M. C. LEVADITI.

Sur les caractères distinctifs et la coexistence dans le testicule humain de deux tumeurs différentes : épithélioma séminifère et embryome à tissus multiples. — M. ALBERT PEYRON.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 27 JUIN 1939.

L'indolence des explorations urologiques par l'auto-analgésie au protoxyde d'azote. — M. MAURICE CHEVASSU. L'auto-analgésie que M. Chevassu et M. Pierre Boulard utilisent depuis peu à la clinique urologique de Cochin et qui leur a donné des résultats impressionnants, est une méthode qui nous vient d'Amérique. Elle a été imaginée en 1936 par Heidbrick (de Mineapolis), et elle est employée couramment par les dentistes américains. Récemment, Young (de Baltimore), l'a appliquée aux explorations urologiques.

L'analgésie est obtenue au moyen d'un mélange de protoxyde d'azote et d'air. C'est le patient lui-même qui s'insuffle dans les narines le mélange analgésique, au moyen d'une poire que l'on place dans sa main, en lui demandant d'appuyer sur elle à chaque inspiration en tenant la bouche fermée. Vers la 8e inspiration, alors qu'il conserve encore sa motricité et sa conscience, le patient est devenu insensible, sinon aux douleurs très violentes, au moins à celles qui accompagnent trop souvent les explorations habituelles de l'urologie chez l'homme : cystoscopie, uréthro-cystoscopie, cathétérisme de l'uretère, uretéro-pyélographie, fulgurations uréthrale, prostatique ou vésicale.

Il y a, dans cette manière d'insensibiliser le patient, tout ce qu'il faut pour que celui-ci s'inquiète au minimum. Sa bouche n'est pas obturée et c'est lui-même qui règle son analgésie.

Pas d'intoxication, pas de modifications appréciables du fonctionnement rénal, pas d'augmentation de la pression artérielle, pas de tendances hémorragiques. Par contre, disparition fréquente des spasmes et augmentation habituelle de la capacité vésicale.

L'exploration terminée, quelques inspirations d'oxygène accélèrent le retour du malade à son état normal. Il peut se lever et rentrer à pied à son lit. Il conserve cependant pendant quelques instants une tendance expansive dont il profite le plus souvent pour se féliciter d'avoir supporté sans douleur des manœuvres qu'il n'envisageait pas sans quelque appréhension.

Médication transpulmonaire par voie aérienne. — M. TRILLAT, à propos de diverses notes de MM. BIANCANI sur des essais de thérapeutique transpulmonaire, fait une mise au point de l'historique de cette question dont il souligne le grand intérêt.

Sur la composition chimique des fruits du néflier. — MM. SARTORY, WEIL et AZIZ.

Etude expérimentale de la vaccination antituberculeuse au moyen du B.C.G. introduit dans l'organisme par des piqûres cutanées multiples (méthode de S. R. Rosenthal) ou par des scarifications de la peau. — MM. L. NÈGRE et J. BRETEY montrent que chez le cobaye, aussi bien au point de vue de la sensibilisation que de la prémunition antituberculeuse, l'introduction du B.C.G. dans l'organisme par des piqûres cutanées multiples (technique de S. R. Rosenthal) ou par des scarifications de la peau, paraît aussi efficace que les procédés de vaccination par les voies sous-cutanée ou intradermique habituellement employés. La méthode des piqûres ou des scarifications a l'avantage, sur la voie orale, tout en présentant la même innocuité et la même facilité d'application, de sensibiliser l'organisme à la tuberculine beaucoup plus rapidement et plus régulièrement que cette dernière et sur les autres méthodes parentérales, de ne pas produire les petites complications locales qu'on peut observer après injection sous-cutanée ou intradermique de B.C.G.

L'imprégnation vaccinale de B. C. G. par scarification chez l'enfant. — M. B. WEILL-HALLÉ rappelle sa technique usuelle de vaccination au B.C.G. par injection sous-cutanée. Par cette méthode, il obtient, dans la presque totalité des cas, l'apparition en 6 à 8 semaines de la sensibilité allergique qui est le témoin de l'imprégnation vaccinale.

En dépit de l'excellence des résultats obtenus par cette méthode, l'auteur a cherché à la simplifier encore en s'inspirant du tatouage vaccinal de Rosenthal, et en utilisant une technique analogue à la vaccination jennerienne.

Les scarifications, imprégnées de la solution de B.C.G. usitée pour la vaccination buccale, déterminant en 15 jours à un mois, une légère réaction locale, et presque simultanément la sensibilité allergique.

L'auteur estime que cette nouvelle technique de vaccination au B.C.G. est susceptible d'être facilement acceptée. Elle simplifie en outre la répétition des revaccinations qui pourront être commandées par la disparition de la sensibilité allergique.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 31 MAI 1939.

A propos du procès-verbal. — M. Cadenat revient sur le traitement des fistules vaginovésicales et se montre très satisfait de la voie basse élargie vulvo vaginale qu'il a utilisée dans deux cas.

Résultats éloignés d'amputations pour ostéosarcomes du membre inférieur. — M. Quénu apporte les résultats éloignés de deux observations déjà publiées qu'il a pu retrouver ; le 1er cas est un ostéosarcome fuso cellulaire du fémur, amputation haute de cuisse. Guérison depuis 12 ans ; dans le 2e cas, chondrome malin du fémur amputé et resté guéri depuis 13 ans.

M. Quénu estime que de tels faits justifient complètement le sacrifice du membre.

De l'utilisation de la prothèse caoutchoutée dans le traitement des fistules intestinales. — M. Senèque rappelle qu'il a étudié très complètement cette méthode utilisée depuis fort longtemps en Allemagne ; il s'en est servi dans quelques cas avec satisfaction ; le drainage en T permet en effet le rétrécissement progressif de la fistule tout en assurant l'écoulement progressif du contenu intestinal.

Les trajets ascendants trans-musculaires des fistules anales. — Rapport de M. Madier sur ce travail de M. Cabanié qui attire l'attention sur la fréquence des diverticules fistuleux soit circulaires, soit ascendants ; la musculature jouerait un rôle dans leur disposition.

Tumeurs de nature et d'origine indéterminée de la région lombaire. — Rapport de M. Roux Berger sur cette observation de MM. Boudin et Desvaux. Il semble qu'il se soit agi d'un hématome enkysté de la région lombaire sans rapport ni avec le foie ni avec le rein.

Douze observations d'anastomoses biliodigestives. — Travail de M. Hertz rapporté par M. Soupault ; la plupart de ces observations ont trait à des tumeurs pancréatiques ; dans deux cas, fistules biliaires post-opératoires. A l'occasion de ce rapport, M. Soupault discute la communication de MM. Bengoléa et Suarez.

Kyste congénital du pancréas. — Rapport de M. Okinczyc sur une observation de M. Querneau. Il semble qu'il se soit agit d'un kyste vrai d'origine congénitale, malgré l'absence de revêtement endothélial ; cependant, la paroi du kyste était clivable et renfermait des fibres musculaires lisses.

A propos des corps étrangers piquants du tube digestif. — M. Bachy a eu l'occasion d'observer de très nombreux cas de corps étrangers ; il les a suivis à la radioscopie et a constaté que la plupart d'entre eux s'évacuaient sans incident. Cependant, si le corps étranger reste fixé dans le duodénum ou l'intestin grêle, il faut intervenir avant l'apparition des signes de péritonite.

M. Sauvé se range à l'opinion de M. Bachy et estime qu'il ne faut pas se presser d'intervenir.

Recherches physiologiques de chirurgie gastrique. — M. Métivet a procédé avant la guerre à des recherches expérimentales dans le but de préciser l'influence des anastomoses digestives et de l'exclusion duodénale sur la sécrétion pancréatique et l'assimilation des aliments. Il semble que l'exclusion duodénale n'ait pas d'influence sur la sécrétion pancréatique, mais lorsqu'on a procédé à des gastrectomies larges, ces résultats ne paraissent pas exacts.

M. Basset rappelle les conclusions d'un travail de Santy et Mallet-Guy sur l'intérêt que comporte la grandeur de l'estomac restant.

M. Brocq estime qu'il est difficile d'apprécier la sécrétion pancréatique chez un malade ayant subi une gastrectomie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 26 *juin.* — Jury : MM. Baudouin, Brumpt, Lœper, Lavier. — M. Brochemin. Etude des rapports entre la vitamine C et le métabolisme des hydrates de carbone. — M. Kowalski. Contribution à l'étude des accidents anaphylactiques par piqûres d'hyménoptères porte-aiguillons. — M. Bayle. Les accidents anaphylactiques mortels. — M. Chazarin. Contribution à l'étude de l'emploi des sels de manganèse en thérapeutique. — M. Charub. Contribution à l'étude des manifestations pleuro-pulmonaires de la maladie de Bouillaud. — M. May. Forme dysphagique du rhumatisme cervical chronique. — M. Petit. Etude sur le mode d'action et sur l'emploi thérapeutique des lymphagogues. — M. Roubinet. Le benzolisme professionnel.

Lundi 26 *juin* (suite). — Jury : MM. Chiray, Fiessinger, Strohl, Vallery-Radot. — M. Cluzel. Etude comparative de quelques réactions hématologiques chez 180 tuberculeuses pulmonaires chroniques. —

M. MOUSTROU. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de la néphrite rhumatismale. — M. RASCOL. Le dolichocolon chez le vieillard. — M. GRANGE. Le traitement des polynévrites alcooliques par l'électro-thérapie.

Mardi 27 *juin.* — Jury : MM. Carnot, Claude, Gougerot, Boulin. — M. LIBERT. Essai sur les purpuras des tuberculeux. — M. CHAPOULAUD. Azotémie et lésions rénales dans le délire aigu idiopathique. — M. PRAWILDO. Contribution à l'étude de l'immunité des psoriasiques contre certaines affections. — Mmes LIBELT. Les formes à début entérorragique de la tuberculose intestinale. — SCHEERMANN. Les enfants bourreaux domestiques. — DENIS-PÉRALDI. Contribution à l'étude du type sclérodermiforme de la maladie de Méleda. — NOUAILLE-HERVÉ. A propos d'un cas de sclérodermie œdémateuse.

Jury : MM. Laignel-Lavastine, Leroux, Chevallier, Huguenin. — M. CHRISTEFF. Contribution à l'étude des troubles mentaux provoqués par les pratiques spirites. — M. FINGERHUT. Contribution à l'étude des correctifs barbituriques dans le traitement de l'épilepsie. — M. HANDELSMANN. Contribution à l'étude de la thérapeutique convulsivante de la démence précoce. — M. KLIFFER. L'huile de foie de morue à hautes doses dans le traitement des tuberculoses ganglionnaires et cutanées et dans le traitement des tuberculoses pulmonaires atténuées. — M. LE GALL. Alcoolisme et aliénation mentale dans le département du Morbihan. Les mesures qui s'imposent. — M. PATEL. Contribution à l'étude de la sociopathologie. Des affections mentales en rapport avec les difficultés de la vie. — M. WITASSE. Le traitement du zona par les rayons ultra-violets. — M. BILLIARD. Contribution à l'étude du traitement des épithéliomas par la curiepuncture.

Jury : MM. Tanon, Chabrol, Joannon, Mlle Lévy. — M. AUZELOUX. Les conditions physiologiques de l'éclairage artificiel dans les ateliers. — M. AVRAM. Contribution à l'étude du problème de la dénatalité. (La stérilité féminine). — M. BONNEL. Hygiène dans les auberges de la jeunesse. — M. BOULLET. La lutte anti-syphilitique au dispensaire Stillaret de l'hôpital St-Louis. — M. CASACCA DE FONTOBBIA. Contribution à l'étude de la contagiosté de la fièvre aphteuse à l'homme. — M. CHAÏA. Contribution à l'étude de la maladie de Hausen en Guyane française. — M. CHARDON. Essai sur le traitement des brucelloses par les dérivés sulfamidés. — M. DEL VECCHIO. La lutte antivénérienne à la Guadeloupe. — Mlle CUNIN. La femme ouvrière.

Mercredi 28 *juin.* — Jury : MM. Grégoire, Mondor, Ombrédanne, Leveuf. — M. CAILLARD. Contribution à l'étude du volvulus du colon droit. — M. OLLIER. Les grands kystes non parasitaires de la rate (Aspects anatomo-cliniques). — M. TISSOT. Les occlusions intestinales après gastro-entérostomie et gastrectomie. — M. LAUMONNIER. Les endométriomes du périnée. — M. MORAND. Contribution à l'étude du traitement des fractures obliques du membre inférieur par le brochage transcutané. — M. BONAMY. La chirurgie du ganglion sympathique aortico-rénal.

Jury : MM. Lemaître, Lemierre, Troisier, Bariéty. — M. JAUPITRE. La rœentgenthérapie de l'hypertrophie et de l'infection de l'amygdale palatine. — M. KOUINDJY. Le diastème intérincisif médian supérieur. — M. DEBAILLEUL. Contribution à l'étude de l'amibiase pulmonaire. — M. GOURAUD. De la contagiosté du rhumatisme articulaire aigu. — Mlles HAGUENAUER. Le pneumothorax spontané. — THÉODORESCO. Contribution à l'étude des hémotypsies foudroyantes. L'alvéolite hémorragique.

Jeudi 29 *juin.* — Jury : MM. Cunéo, Mocquot, Terrien, Lardennois. — Mlles BENOIT. L'anesthésie au cyclopropane. — PÉROL. Contribution à l'étude des complications oculaires de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. FLOURENS. Contribution à l'étude des résultats éloignés des luxations de l'épaule en avant opérées suivant le procédé de Oudard ou ses variantes. — M. LECHERTIER. Contribution à l'étude des incisions dans le traitement du cancer du sein. Une incision elliptique élargie avec résultat esthétique et fonctionnel satisfaisant. — M. TROBAS. Contribution à l'étude thérapeutique de l'hémorragie dans la pratique odonto-stomatologique. — M. ALESTÉ. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale aiguë. — M. LÉVÊQUE. Etude comparative des méthodes d'exploration de la perméabilité tubaire. — M. CRÈVECŒUR. Contribution à l'étude des méthodes fistulisantes dans le glaucome.

Jury : MM. Balthazard, Lereboullet, Duvoir, Piédelièvre. — M. ASSÉMAT. Maladies à poussières et industries à poussières. — M. ANGELOFF. Contribution à l'étude des ictères pneumococciques chez l'enfant. — M. CHAMBON. Les états cholériformes d'origine parentérale observés à l'Hospice des Enfants assistés (clinique Parrot). — M. GHINGOLD. Contribution à l'étude de la coqueluche chez le nourrisson. — M. MICHEL. Sur un cas de pleurésie purulente fétide de la grande cavité à colibacilles. — Mlle CHABERLOT. La cuti-réaction à la tuberculine en milieu scolaire. Application dans les écoles communales de Fontainebleau.

Vendredi 30 *juin.* — Jury : MM. Clerc, Couvelaire, Gueniot, Lacomme. — M. BONNIN. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — M. MALTHÊTE. A propos de l'avenir éloigné des tuberculeux pulmonaires inscrits au dispensaire du 5e arrondissement de Paris. — M. PINEAU. Les ruptures utérines à la Maternité de Lariboisière dans les dix dernières années (janvier 1929, janvier 1939). — M. SAMANA. La cellulite pelvienne fibroïde. Son évolution au cours de la grossesse.

Samedi 1er *juillet.* — Jury : MM. Laubry, Nobécourt, Mollaret, Sézary. — M. FAUVET. Les vascularites dans le poumon tuberculeux et les suppléances circulatoires. — M. RIVIÈRE. Traitement de la douleur des états angineux par l'association histamine-histidine. — M. ALBA PÉREZ. Contribution à l'étude des rapports entre la natalité et la mortalité infantile. — M. GERMAIN. Contribution à l'étude du traitement des diarhées infantiles par le sulfate d'hordénine. — M. SACHS. Etude sur l'acidose du nourrisson. — Mlle MEYER. Résultats esthétiques obtenus après électrocoagulation en dermatologie. — Mlle LAMOTHE. Les crises convulsives, première manifestation des néphrites aiguës chez l'enfant.

Jury : MM. Robert Debré, Rathery, J. Besançon, Cathola. — Mmes KRYCZEWSKA, née Mandelbaum. Métabolisme de l'acide ascorbique au cours d'un mélanosarcome du foie d'origine choroïdienne. — ALBULESCO. Contribution à l'étude de la leucose aiguë de l'enfant. — M. CORNIC. Une forme nouvelle de la maladie de Hodgkin : la granulomatose maligne à

type de néphrose lipoïdique. — M. GRENET. Les formes mortelles des cardiopathies rhumatismales chez les enfants. — M. DELON. Sur un cas d'anémie hémolytique avec hémoglobinurie et hémosidénurie. Syndrôme de Marchiafava-Micheli. — M. FEUILLETTE. A propos d'un cas de fièvre boutonneuse méditerranéenne observé à Paris. — M. MOMON. Le disque intervertébral dans les sciatiques.

Jury : MM. Tanon, Joannon, Lelong, Mouquin. — Mlle ROSENSTOCK. Notes sur les jouets et la protection des enfants. — M. EIREW. Contribution à l'étude des mutuelles chirurgicales. — M. FAUGEROUX. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis pulmonaire et secondaire chez l'adulte. — M. HOLTZHAUER. Contribution à l'étude du sodoku. — M. LAURENT. Les accidents de l'aviation aux hautes altitudes. — M. MOUKTAR. Le vin est un véritable aliment. Nouvelles preuves tirées de la trophophylaxie. — M. ROBERT. Recherche des tuberculeux par la radiocopie systématique : résultats cliniques et conséquences sociales. — M. WURMAN. Contribution à l'étude expérimentale thérapeutique d'un extrait de tabernanthe manü d'origine gabonaise.

THESES VETERINAIRES

Lundi 26 *juin.* — Jury : MM. Champy, Letard, Simonnet. — M. TINET. Electro-éjaculation et insémination artificielle chez les volailles, les souris et le chien.

Mardi 27 *juin.* — Jury : MM. Gougerot, Coquot, Henry. — M. DONNART. Crevasses du paturon chez le cheval.

Jeudi 29 *juin.* — Jury : MM. Tanon, Bressou, Letard. — M. BOURQUIN. Enseignement vétérinaire en Grande-Bretagne. Le rapport Loveday sur sa réorganisation.

CHRONIQUE

UN HOMMAGE A LA MÉDECINE COLONIALE FRANÇAISE

Il faut féliciter et remercier la Société d'Expansion chimique *Spécia* (*Rhône-Poulenc*) d'avoir organisé la soirée cinématographique consacrée à la médecine coloniale française à laquelle elle nous avait conviés mardi dernier au centre Marcellin Berthelot. Trois très beaux films : le *Maroc, jeunesse de la France ; la vaccination contre le typhus au Maroc,* l'*effort médical français en Indochine* ont mis à l'honneur l'œuvre magnifique des instituts Pasteur et des médecins coloniaux. Une assemblée très nombreuse dans laquelle on remarquait non seulement d'illustres coloniaux comme le médecin général inspecteur Emily (de la mission Marchand) mais un très grand nombre de maîtres et de praticiens ont applaudi de tout cœur les belles images que *Spécia* voulait bien nous montrer. On ne pouvait mieux glorifier l'œuvre admirable des bâtisseurs de notre Empire.

F. L. S.

Ypérite, le plus redoutable des gaz de combat. Etude générale par MM. ANGLADE et IMBERT. — Un vol. in-4°, 112 pages. Le François, éditeur, janvier 1939, 10 fr.

REVUE DES THÈSES

ESSAI DE CHIMIOTHÉRAPIE PRÉVENTIVE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PROPHYLAXIE DE L'INFECTION PUERPÉRALE

(Benzyl-Amino-Benzène-Sulfamide) (1)

Après une étude générale de la fièvre puerpérale (historique, pathogénie actuelle, traitements prophylactiques proposés jusqu'ici...), le Dr Picot expose les résultats de l'essai de prophylaxie réalisé à la clinique Tarnier, à l'aide de benzyl-amino-benzène-sulfamide (Septazine).

L'expérimentation porte sur une durée de un an et a été réalisée sur les bases suivantes :

a) N'ont été retenues, pour l'expérimentation, que les femmes enceintes à terme ou près du terme. De plus, toute parturiente pathologique (tuberculeuse, cardiaque, albuminurique grave) a été éliminée, afin que l'on ne soit pas tenté d'incriminer le terrain lors de la critique des résultats.

b) Le traitement n'a été appliqué qu'à environ une sur deux des femmes retenues, de façon à avoir un lot de femmes témoins.

c) **Posologie et conduite du traitement :** Le traitement a été institué dès le début du travail; la posologie primitive adoptée était de 8 comprimés pendant les 5 premiers jours et 4 comprimés pendant les 5 jours suivants (au total 30 gr.). Par la suite, elle fut ramenée à 5 comprimés pendant 4 jours et 3 comprimés les 4 jours suivants (au total 16 gr.), posologie qui s'est révélée suffisante.

1.175 accouchements ont été contrôlés pendant la durée de l'expérimentation.

Sur ces 1.175 cas : 479 femmes ont été soumises au traitement prophylactique; 696 n'ont reçu aucun traitement.

Sur les 479 ayant pris de la septazine, 15 accouchées ont fait de l'infection puerpérale, soit une morbidité de 3,13 %.

Sur les 696 n'ayant reçu aucun traitement, 97 accouchées ont fait de l'infection puerpérale, soit une morbidité de 12,93 %.

Mortalité nulle chez les accouchées traitées.

Un cas de mort par péritonite chez les accouchées non traitées.

Le Dr Picot souligne, en outre, un fait intéressant concernant les accouchées qui avaient de la fièvre avant l'accouchement, qui ont présenté de l'infection amniotique :

Sur 5 ayant reçu de la septazine à titre préventif, 3 ont eu des suites de couches apyrétiques et 2 seulement ont fait de l'infection, mais celle-ci a été bénigne.

Par contre, 5 accouchées n'ayant reçu aucun traitement prophylactique ont toutes présenté des suites de couches fébriles. L'une d'elles est morte de péritonite suraiguë.

De l'avis de l'auteur, il n'est pas encore possible, à l'heure actuelle, de conclure avec certitude sur la valeur prophylactique du benzyl-amino-benzène-sulfamide dans la fièvre puerpérale. Cependant les résultats acquis jusqu'à maintenant, à la clinique Tarnier, sont très encourageants et l'emploi de la septazine à titre préventif mérite d'être poursuivi, d'autant plus qu'il ne comporte aucun risque grave :

« De tous les traitements prophylactiques proposés, c'est « le seul qui réalise ce que doit être un traitement pro- « phylactique, c'est-à-dire d'un emploi absolument général « et rigoureusement systématique. »

(1) Thèse du Docteur Guy PICOT (Travail de la Clinique Tarnier Paris 1937).

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 53. — MERCREDI 5 JUILLET 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

L'alcoolisme par le vin, par MM. R. BESSIÈRES et G. DESHAIES.

Des gaz thermaux de Royat et de la réflexothérapie du sympathique, par M. ROMEUF (de Royat).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Autour de la retraite, par M. A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

LIVRES NOUVEAUX.

PRATIQUE MÉDICALE.

NOTES POUR L'INTERNAT.

Formes cliniques de l'asystolie hépatique, par G. LE SUEUR (fin).

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — CONCOURS DU CLINICAT. — Sont proposés :

Médecine infantile : Enfants malades : MM. Orinstein, Ortholan.

Hygiène de la première enfance : Enfants malades: MM. Charousset, Cochemé, Chambon.

Légion d'honneur. — GUERRE. — *Chevalier*, le docteur Bouchet, médecin lieutenant rayé des cadres de la 14e section d'infirmiers militaires (anciennement au 42e bataillon de chasseurs à pied) : a donné depuis son arrivée au bataillon de nombreuses preuves de courage et de dévouement. Le 29 août 1918, dans l'Oise, a organisé l'évacuation des blessés sous un feu violent d'artillerie. A été très gravement intoxiqué par les gaz.

GUERRE (active). — *Officier :* le médecin général Pilot, directeur du S. S., 3e région.

MM. Ignard, Gruson, Eysséric, Flamme, Lafaix, Benazet la Carre, Genet, Martin, Colleye, Duban, Bendon, Cier, Brusset, Lauzeral, Laurens, Jeannoël, Castex, Larrazet, Casabianca, Ruzie, Marty.

Troupes coloniales : MM. Gilbert-Desvallons, Huot, Foucque, Rehur, Le Maux.

Chevalier : MM. Cazaux, Robert, Lados, Connes, Calmet, Frejaville, Battle.

Troupes coloniales : MM. Coste, le Gac, Muraine, Marneffe, Gambier, Connesson.

Citation à l'ordre de la nation. — Le Gouvernement de la République française cite à l'ordre de la nation :

M. le docteur Darcourt (Albert-Athanase), médecin radiologue honoraire de l'hôpital de Marseille.

Praticien d'un inlassable dévouement, a consacré toute son activité aux malades de l'hôpital de Marseille et a contribué, au mépris de sa vie, aux progrès de la thérapeutique radiologique.

Atteint de radiodermite, est décédé, après avoir subi de douloureuses amputations, victime de son dévouement.

Fait à Paris, le 28 juin 1939.

Le ministre de la santé publique,
MARC RUCART.

Guerre. (active). — Sont nommés :

Médecins des hôpitaux militaires.

M. le médecin capitaine Fréjaville, 11e région.

M. le médecin capitaine Raymond, assistant des hôpitaux militaires, région de Paris.

M. le médecin capitaine Emond, assistant des hôpitaux militaires, région de Paris.

Chirurgiens des hôpitaux militaires : M. le médecin capitaine Maitrerobert, 20e région.

M. le médecin capitaine Parlange, assistant des hôpitaux militaires, 7e région.

M. le médecin capitaine Ratte, assistant des hôpitaux militaires, troupes de Tunisie.

M. le médecin capitaine Kliszowski, assistant des hôpitaux militaires, 6e région.

Spécialistes des hôpitaux militaires (bactériologie et natomie) : M. le médecin capitaine Jude, médecin des hôpitaux militaires, 19e corps d'armée.

M. le médecin capitaine Julliard, médecin des hôpitaux militaires, troupes du Maroc.

Marine. — Le *Prix de médecine navale* pour 1939 a été attribué à M. le médecin en chef de 2e classe Breuil, pour l'ensemble de ses travaux et rapports au cours de son séjour en Indochine.

Mention très honorable : MM. le médecin en chef de 1re classe Hederer et le médecin principal André, pour leur travail en collaboration intitulé : L'oxygénothérapie et la carbothérapie dans les pneumopathies anoxémiantes aiguës d'origine microbienne ou chimique.

Mention honorable : M. le médecin principal Morvan pour son travail intitulé : Nouveaux conseils aux médecins de garde (partie chirurgicale).

Remerciements: à M. le médecin principal Querangal des Essarts, pour son travail intitulé : Fièvres typhoïdes au port de Brest depuis la guerre.

A M. le médecin principal Barrat, pour son travail intitulé : Nouveaux conseils aux médecins, pour étude intitulée : Blennorragie et chimiothérapie chez l'homme.

A. M. le pharmacien-chimiste de 1re classe Le Gousse, pour son travail intitulé : Modifications chimiques subies par certains acides gras au cours du soufflage des matières grasses.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Maurice Loubet à la Chartre-sur-Loir (Sarthe).

CHRONIQUE

LE CINQUANTENAIRE DE L'INSTITUT PASTEUR CÉLÉBRÉ CHEZ NOS AMIS D'ARGENTINE

Alors qu'à Paris, on célébrait solennellement le cinquantenaire de l'Institut Pasteur, nos amis d'Argentine consacraient le 11 mai dernier une séance exceptionnelle de l'Académie de Médecine de Buenos-Aires à la mémoire et à l'œuvre de Louis Pasteur.

A cette séance présidée par le Professeur Peralta Ramos, assistaient le Docteur Coll, Ministre de l'Instruction Publique ; le Docteur V. Gallo, Recteur de l'Université ; l'Ambassadeur de France, M. Peyrouton; le Docteur José Arce, doyen de la Faculté de Médecine de Buenos-Aires ; le Docteur Ardoni, doyen de la Faculté de Médecine de La Plata, et toutes les notabilités de la Colonie Française.

Le Docteur Peralta Ramos remercia le Ministre de l'Instruction Publique et les personnages venus assister à cette cérémonie, et dit les raisons qui ont poussé les savants argentins qui sont tous de culture française, à célébrer le cinquantenaire de l'Institut Pasteur de Paris où vont s'instruire les savants du monde entier.

Puis après quelques mots de l'Ambassadeur de France M. Peyrouton, M. le Professeur Bachmann, Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine, retraça l'œuvre accomplie pendant ces 50 dernières années par l'Institut Pasteur de Paris, faisant allusion aux luttes passionnées que dut livrer Pasteur pour faire triompher ses idées. Il rendit ensuite un éloquent hommage aux élèves du Maître et à leurs travaux et termina par ces mots :

« Elle est si grande, elle est si extraordinaire l'œu-
« vre de Pasteur, qu'une seule acclamation devrait
« s'élever de tous les points de la terre, une seule pen-
« sée née au milieu des bénédictions de tous ceux qui
« ont été délivrés du mal, arrachés à la maladie et à
« la mort, de la gratitude des foyers arrachés à la
« douleur et au désespoir ; de la prospérité des popu-
« lations soutenues par l'activité des industries sau-
« vées par les veillées du Maître de la ruine et de la
« misère. »

L'Académie à l'unanimité émit ensuite le vœu que la statue de Louis Pasteur soit érigée sur l'une des places de Buenos-Aires. Le président de l'Académie transmit aussitôt ce vœu au Ministre de l'Instruction publique ; le Docteur Coll, qui assistaient à cette cérémonie. promit de présenter prochainement un projet de loi pour l'érection de cette statue.

L'Effigie de Louis Pasteur figure déjà à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires sous la forme d'un magnifique médaillon de bronze offert par nos compatriotes, les exportateurs MM. Millet et Roux, qui furent aussi les promoteurs de cette cérémonie.

Il faut que les Français et les Médecins Français n'ignorent pas l'hommage d'un grand pays ami où notre influence scientifique est prépondérante, a rendu à la mémoire du plus glorieux des fils de France Louis Pasteur.

H. R.


Comme le lait maternel...
le PÉLARGON
lait entier acidifié
NESTLÉ
est le seul qui puisse être donné dès la naissance, non coupé.
C'est pourquoi il a donné, en France, de si brillants résultats dans les Pouponnières, Hôpitaux et dans la médecine pratique.
Le PÉLARGON est le premier et le seul lait entier acidifié en poudre Français.
★ Lit. et éch. sur demande de MM. les Médecins.
Sté NESTLÉ, 6, Av. CÉSAR-CAIRE, PARIS (8e)
COPYRIGHT


DIARRHÉES DES NOURRISSONS
Paquets de 0gr25
DIARRHÉES SAISONNIÈRES
Cachets de 0gr50
DIARRHÉES DES TUBERCULEUX
Cachets de 0gr50
GÉLOTANIN
TANNATE DE GÉLATINE
CHOAY
LABORATOIRE CHOAY 48 rue Théophile Gautier, PARIS (XVIe)

L'ALCOOLISME PAR LE VIN

par les Docteurs

R. BESSIÈRES et G. DESHAIES

Médecin-chef Interne

des Hôpitaux psychiâtriques de la Seine (Asile-clinique Ste-Anne)

A. — Introduction.

De toutes les intoxications auxquelles l'homme recourut pour satisfaire ses tendances toxicophiles, c'est l'alcoolisme qui possède les titres de la plus vieille noblesse, l'usage des boissons fermentées remontant à la plus haute antiquité. La culture de la vigne notamment nous fut léguée sous la forme révérée de culte du vin, dont trop d'adeptes encore se révèlent fanatiques, ainsi qu'en témoigne la plénitude de certains services psychiatriques.

Sans chercher les raisons du progrès apparent de l'aliénation mentale, constatons que l'alcoolisme progresse aussi, du moins dans la circonscription de la Seine. A s'en référer aux rapports annuels du service de l'admission de Sainte-Anne (1), la proportion des internés pour alcoolisme passe de 11,4 % en 1933 à 11,7 % en 1935, 13,2 % en 1936, 15 % en 1937. Dans ces deux dernières années, il y avait 23 femmes alcooliques pour 100 hommes. Cf. Tableau I.

Tableau I.

	1937	1936	1935	1933
Alcooliques :				
Hommes	651	591	413	353
Femmes	156	137	152	148
Total	807	728	565	501
Total des admis :				
Hommes	2.541	2.424	2.117	2.034
Femmes	2.827	2.056	2.686	2.395
Total	5.368	5.480	4.803	4.429
Pourcentage d'alcooliques :	15	13,2	11,7	11,4

Or, nous voudrions ici nous attaquer au sophisme hypocrite ou paresseux par lequel profanes et médecins même prétendent innocenter le vin des ravages individuels et sociaux compris sous le terme générique d'alcoolisme, imputables au seul abus des alcools, liqueurs, apéritifs.

Thèse soutenue par Régis par exemple (2), bien qu'on se fût, par ailleurs, efforcé de distinguer cliniquement des syndromes alcoolique, œnolique, absinthique (1). En vérité, le rôle principal revient à l'alcool éthylique existant en quantité importante dans toutes les boissons fermentées et distillées (2). Si tous les alcoolisés ne sont pas des avinés, tous les avinés sont plus ou moins alcoolisés... et trop souvent alcooliques, sans qu'intervienne d'autre boisson que le vin, comme nous croyons utile de le rappeler par cette courte étude.

(1) Rapports sur les Hôpitaux Psychiatriques du Département de la Seine (Préfecture de la Seine) pendant l'année 1937 (Admission, Dr X. Abely), 1936 (Dr Génil-Perrin), 1935 (Dr Th. Simon), 1933 (Dr. Th. Simon).

(2) « Quant au vin..., nous n'hésitons pas à le déclarer innocent des méfaits qu'on lui impute et nous estimons que c'est une hérésie à la fois hygiénique et économique que de le proscrire... » (Régis. *Précis de Psychiatrie*, 1923, p. 588).

B. — L'Œnolisme.

Parmi les alcooliques de notre service de Sainte-Anne, nous avons été frappés du nombre de ceux qui s'adonnaient exclusivement au vin, et nous l'avons précisé sur une statistique de *306 cas*. Il s'agit d'hommes internés dans le cours de ces trois dernières années pour un *syndrome alcoolique aigu ou subaigu*, sans psycho-névrose associée (maniaque-dépressive, schizophrénie, épilepsie essentielle, etc.). Cela suppose en général une intoxication chronique accomplie, qui du reste n'est pas tout dans la pathogénie complexe de l'accès subaigu, mais nous permet de bien définir nos observations et de les rendre comparables entre elles. Dans ce cadre homogène, quelles sont donc les caractéristiques propres à l'abus du vin, envisagées au double point de vue clinique et sociologique ?

I. — Au point de vue *clinique*, nous exposerons quelques données relatives à l'étiologie, à la semeiologie de l'intoxication de nos malades et à leur âge et à leur hérédité.

1° *Etiologiquement*, ces 306 alcooliques se distinguent ainsi : *a*) 43 %, partisans d'un éclectisme de bon aloi, associent d'habitude vin, alcools, apéritifs, c'est le cas banal, réputé le plus commun; *b*) 16 % se contentent d'un ou deux petits verres d'eau-de-vie quotidiens et, épisodiquement, d'alcools ou d'apéritifs supplémentaires; *c*) 31 % ne boivent absolument que du vin, s'enivrent au vin seul, l'absorption d'alcools ou d'apéritifs étant très rare et ne pouvant compter d'aucune manière dans l'intoxication; *d*) 7 % mélangent le vin et la bière; 2 % le vin, le cidre et la bière, et 1 % ne boivent que de la bière, comme nous le voyons dans le *Tableau II* ci-dessous.

Tableau II.

Boissons	Usagers
Vin, alcools, apéritifs ....%	43
Vin, cafés arrosés, alcools, apéritifs épisodiques	16
Vin seul	31
Vin, bière	7
Vin, bière, cidre	2
Bière seule	1

(1) En particulier Lancereaux, art. *Alcoolisme in Dictionnaire Encyclopédique*, 1864. — Magnan, *De l'Alcoolisme*, 1874.

(2) Triboulet, Mathieu et Mignot, *Traité de l'Alcoolisme*, 1905.

Si donc plus de la moitié de nos alcooliques s'avèrent fort éclectiques, *le tiers environ ne s'abreuvent que de vin, le vin seul étant alors pratiquement responsable de leur intoxication.*

Quels vins sont en cause ? Généralement des vins ordinaires, secs, titrant de 9° à 10°. Le vin rouge emporte la majorité des suffrages avec 64 % de fidèles, qui tiennent le blanc pour plus « énervant ». et plus coûteux aussi; 32 % n'ont point pareil ostracisme et usent des deux; tandis que 4 % se vouent au blanc seul.

En quelles quantités ? Grandes sont les variations individuelles qui s'étendent de 1 à 6 litres comme ration journalière, car nous n'avons point recherché la dose optima des ivresses. Il était intéressant de comparer les doses vineuses d'entretien dans les cas avec et sans appoint spiritueux, la dose devant être *a priori*, plus élevée dans cette dernière éventualité. Le *Tableau III* donne comme dose habituelle 2 à 3 litres dans tous les cas. Mais près de la moitié des avinés purs absorbent au delà de 3 litres, alors que le tiers presque des avinés mixtes s'en tiennent à moins de 2 litres. Ceux qui ne consomment pas plus d'un litre de vin et qui sont alcooliques le doivent donc aux alcools, liqueurs, apéritifs, dont la nocivité se dévoile nettement. Par contre, 2 à 3 litres de vin par jour suffisent amplement à produire l'intoxication chronique, après un temps variable selon les prédispositions et les circonstances individuelles.

Tableau III.

Dose quotidienne de vin	Avinés purs	Avinés mixtes
Moins de 1 litre ....%	—	2,5
1 à 2 litres	2,5	27
2 à 3 —	50,5	43
3 à 4 —	37	24
4 à 5 —	7,5	3,5
5 à 6 —	2,5	—

2° L'aspect *séméiologique* offre-t-il quelques particularités ? Le syndrome confusionnel onirique du classique *accès subaigu* se rencontre aussi fréquent et aussi typique chez les avinés purs que chez les autres; l'onirisme visuel et terrifiant, l'anxiété, le délire d'action, le tremblement digito-lingual, les sueurs s'observent sans modifications imputables au genre de boisson, quoiqu'on ait autrefois attribué plutôt aux alcools l'accès subaigu. De même, quant aux simples troubles du caractère et du comportement, avec réactions plus ou moins anti-sociales, relevant de l'*alcoolisme chronique* par le vin seul aussi bien que par les spiritueux.

Les atteintes organiques surtout digestives et nerveuses, sont également le fait du vinisme. L'*insuffisance hépatique* (subictère, ictère, hépatomégalie, ascite, etc.) existe à divers degrés chez 30 % de nos avinés purs contre 20 % chez les autres. La *polynévrite* évidente des membres inférieurs compte pour 6 % chez les premiers contre 3 % chez les seconds. L'*épilepsie* secondaire à l'alcoolisme présente un pourcentage identique (4 %) dans les deux catégories, mais nous avions peu de grands buveurs d'absinthe ou d'essences assimilables, réputées spécialement convulsivantes.

Ce tableau clinique serait imparfait si nous n'y ajoutions les cas de *mort*. Pareil sort fut celui de 3 % de nos malades qui moururent de leur délire alcoolique aigu ou d'une pneumonie combinée. Agés de 33 à 69 ans, la plupart étaient des avinés fort éclectiques; l'un d'eux ne buvait qu'un litre de vin par jour, mais s'ingurgitait 2 ou 3 cafés au rhum et 6 litres de bière.

On ne saurait invoquer l'incidence possible du *paludisme* (1), de la *dysenterie*, de la *tuberculose*, dont la fréquence est à peu près la même; non plus que de la *syphilis* qui, un peu plus fréquente chez les avinés purs (7 % au lieu de 5 %), ne doit guère influer sur ce point.

3° L'*âge* du malade lors de son premier internement pour accès subaigu répond dans une certaine mesure à la limite de résistance organique dans l'ordre temporel, et doit être d'autant plus jeune que plus lourde est la tare ou plus dangereuse l'inhibition de l'individu. La moyenne annuelle 1928-1932 pour l'ensemble des alcooliques internés établit la plus grande fréquence sur la période de 35 à 54 ans (2), sans distinguer les récidives. Dans notre statistique, le maximum appartient à la période de *30 à 39 ans*, pour les avinés purs comme pour les mixtes. Toutefois, les mixtes sont presque deux fois plus nombreux que les purs au-dessous de 29 ans; au-dessus de 50 ans, les purs sont le double des mixtes, comme s'il fallait une plus longue durée d'intoxication par le vin pour déclencher l'accès subaigu. Le *Tableau IV* exprime ces faits.

Tableau IV.

Age du premier internement	Avinés purs	Avinés mixtes
Moins de 29 ans ....%	6	10
De 30 à 39 ans	47	51
De 40 à 49 ans	33	32
De 50 à 59 ans	13	6
De 60 ans et plus	1	1

Dans ce lot de malades furent *récidivistes* 12 % des avinés purs, 16 % des mixtes, peut-être plus enclins à réitérer ou plus favorisés pour le faire. Là comme ailleurs, se pose le problème de la prédisposition acquise ou héréditaire.

4° Bien que nous n'eussions pas procédé à l'étude *génétique* précise de tous ces malades, il ne nous apparut point que les avinés purs fussent tarés plus ou moins que les autres. La nature de leur recrutement même impliquerait déjà une sélection préétablie s'il est vrai que l'on puisse jusqu'à un certain

(1) Mignot : La prédisposition aux accidents mentaux de l'alcoolisme chronique, *Annales Médico-Psychologiques*, 1933, t. I, p. 800.

(2) G. Ichok : Etudes sur la Population française. *Les Psychopathies*, p. 21. *Biologie Médicale*, t. XXVIII, 1938.

point opposer les « buveurs tolérants » des hôpitaux et les « buveurs intolérants » des services psychiatriques (1). De toute manière, le vin comme l'alcool demeure le réactif (2) par excellence des tares organo-psychiques dont l'épanouissement relève aussi de certaines conditions du milieu social.

II. — Au point de vue *sociologique*, nous n'avons réuni que quelques données intéressant la profession, l'origine géographique, le facteur économique.

1° On connaît bien l'influence déplorable du *métier*, dont les conditions mêmes d'exercice incitent souvent à boire, et d'autant mieux que s'y ajoutent l'imitation, le souci moutonnier de conformisme au milieu social. Nous ne nous étonnerons donc pas de compter parmi nos malades 34 % d'ouvriers du bâtiment et 21 % d'ouvriers d'usine, soit 55 % d'ouvriers, volontiers grands buveurs de vin. Puis 9 % de chauffeurs d'automobiles; 9 % d'employés d'hôtel, café, restaurant, grands buveurs d'alcools et d'apéritifs; de même d'ailleurs que les 10 % du contingent des fonctionnaires (employés des P. T. T., de la T. C. R. P., du Gaz, des Chemins de fer, cantonniers de la Ville, agents de police, etc.); le reste étant formé de représentants, employés de bureau, chiffonniers, cultivateurs, etc.

2° Nos malades sont originaires de l'*Ile-de-France* pour 35 % (surtout de la Seine, comme il se doit); 17 % viennent de *Bretagne*, 8 % du *Nord*, 5 % de *Normandie*, moins encore des autres provinces. Nous n'en tirerons pas de déductions fallacieuses. Signalons *10 % d'étrangers*, dont moitié d'Italiens, les autres étant Belges, Polonais, Russes, Suisses, Allemands, Espagnols. L'usage exclusif du vin paraît plus répandu chez les originaires des régions centrales de la France, et de l'Italie.

3° Cet exclusivisme en faveur du vin peut répondre à certains goûts, à certaines habitudes, mais il dépend aussi de facteurs d'ordre *économique*. Pour beaucoup, le prix devient prohibitif des alcools, liqueurs, apéritifs. On se contente alors du vin, relativement bon marché, qui, pour une dépense souvent moindre permet un plus grand nombre de verres « euphoriques » et donne, en définitive, les mêmes résultats, nous l'avons vu !

Nous trouverons confirmation de cette manière de voir dans deux faits de statistique économique portant l'un sur les prix, l'autre sur la consommation des vins.

Si l'on compare l'*indice des prix de gros* (3), on voit l'indice du vin passer de 519 en 1937 à 573 en septembre 1938, d'où une augmentation de 10 % seulement, tandis que le blé passe de 601 à 790, soit 31 % d'augmentation, et l'indice général de 581 à 652, soit 12 % d'augmentation. Le vin jouirait donc de quelque privilège en la matière. Récemment, une grande assemblée viticole, n'émit-elle pas le vœu que les vins des récoltants fussent exonérés de la taxe de Défense Nationale de 1 % ? L'étonnant serait qu'on ne les en dispensât point !

De plus grand intérêt est l'évolution de la *consommation taxée des boissons* en France (1). En effet, le *Tableau V*, ci-dessous montre pour les années 1934, 1935 et 1936, d'une part, l'augmentation de la consommation du vin qui s'élève de 48.759 à 51.799 milliers d'hectolitres; d'autre part, la diminution de la consommation d'alcool (vins de liqueurs, vermouth, spiritueux), tombant de 1.017 à 960 (2). Pareille dissociation nous paraît fort démonstrative et corrobore, s'il en était besoin, la notion clinique des progrès de l'œnolisme.

Tableau V.

	1934	1935	1936
Vin	48.759	49.629	51.799
Alcools (éval. en alcool pur)	1.017	993	960

C. — CONCLUSIONS.

De cette brève étude se dégagent les conclusions cliniques et pratiques suivantes :

1° L'usage exclusif du vin (rouge ou blanc ordinaire), à la dose quotidienne de 2 à 3 litres (*a priori* davantage), suffit, toutes choses égales par ailleurs, pour provoquer l'intoxication chronique avec accès alcoolique subaigu. *Sur 306 malades internés sous ce chef, le tiers concernait des avinés purs.* Le vin, même et surtout le meilleur de France, n'est, par conséquent, pas plus hygiénique que toute autre boisson fermentée, et son abus — notion combien relative à chaque individu — conditionne absolument les mêmes troubles toxiques psycho-organiques. Si le vin paraît « réjouir le cœur de l'homme », il est plus souvent cause de troubles mentaux graves, parfois mortels, de lamentables déchéances, de criminalité. Au même titre que les autres alcools, le vin est un danger individuel et social.

2° La diminution de la consommation des alcools et spiritueux dans ces dernières années n'exprime pas une régression de l'alcoolisme, car elle a pour corollaire l'augmentation de la consommation des vins et le *progrès de l'œnolisme*, pour des raisons sans doute économiques.

3° Sans reprendre les vieilles querelles toujours d'actualité, de la lutte anti-alcoolique — où Legrain par exemple, passa maître (3) — pourrions-nous à notre tour émettre le vœu que le législateur, profitant de la présente atmosphère de « pré-guerre », réglementât dans un sens très restrictif la

(1) Dublineau : *Semaine des Hôpitaux*, 1933. *Evolution Psychiatrique*, 1934.

(2) J. Lévy-Valensi : L'alcool, révélateur des tendances et des psychopathies, *Semaine des Hôpitaux*, 1934.

(3) *Bulletin de la Statistique Générale de la France*, octobre-décembre 1938, t. 28, fasc. I.

(1) *Annuaire Statistique*, 53e vol., 1937, 4e partie, section D., p. 216.

(2) Fait également noté par M. Halbwachs, *Genre de Vie, in Revue l'Economie Politique*, 1939, p. 453.

(3) Legrain : *Les grands Narcotiques sociaux*, 1925.

production et la consommation des vins, bières, alcools, apéritifs, pour le plus grand profit de la Santé et de l'Economie nationales ? Réduire le nombre des débits de boissons alcooliques (50.010 dans la Seine, en 1935 !) (1); réduire les quantités de *céréales* et de *sucre* gaspillées dans la fabrication des boissons alcooliques; augmenter l'*impôt* sur le vin plutôt que sur les denrées alimentaires de première nécessité, mais par contre, développer la consommation du raisin (fruit et jus); enfin, limiter rigoureusement la *publicité* pro-alcoolique — vraiment éhontée — par journaux, affiches, T. S. F., allant jusqu'à prétendre qu'une bonne santé ne saurait se conserver sans l'usage au moins bi-quotidien de tel vin ou de telle mixture apéritive, tonique, digestive. Toutes ces mesures coordonnées auraient certes d'heureux résultats, en attendant mieux, peut-être ?

LIVRES NOUVEAUX

Le diagnostic des formes latentes du stade initial de la tuberculose pulmonaire dans l'enfance par Jean CHAREIRE, Paris. Le François, 1938.

Les aspects radiologiques anormaux sont fréquents dans l'enfance. Tantôt fugaces, tantôt durables, tantôt s'accompagnant du virage de la réaction tubéraclinique, tantôt ne s'accompagnant d'aucune modification de cette réaction. Seule, jusqu'ici, l'évolution patiemment suivie permet le plus souvent de faire le départ entre ce qui est réellement tuberculeux et ce qui relève d'autres causes : formes frustes de dilatation bronchique, pneumopathies atypiques dues au pneumocoque, etc...

La solution précoce du problème importe cependant grandement au pronostic clinique et social.

L'inoculation au cobaye, l'examen du contenu gastrique, la culture de celui-ci sur milieux appropriés apportent au diagnostic l'aide la plus certaine mais sont, malheureusement, d'une application pratique malaisée.

Pour faire le départ entre lésions bacillaires et non bacillaires, on pourra cependant tirer grand parti de l'examen radiologique et radioscopique à la condition de les renouveler assez fréquemment et assez longtemps, en les associant à chaque fois avec l'examen de la sensibilité tuberculinique, on devra se garder de rapporter trop facilement à la tuberculose toute opacité pulmonaire ou tulaire constatée
lose toute opacité pulmonaire ou tutaire constatée
par hasard chez des enfants allergiques à moins que la sensibilité tuberculinique ne soit de date récente et contemporaine de modifications radiologiques. Ce qui importe au diagnostic, c'est la répétition fréquente et simultanée des différents modes d'examen.

L. BABONNEIX.

Chirurgie de la main. — I. — Livre du praticien : Plaies, infections et traumatismes de la main par Marc ISELIN, chirurgien de l'Hôpital américain. — Un volume de 320 pages, avec 135 figures : 65 fr. Masson, édit., Paris.

(1) *Annuaire Statistique*, ibid.

DES GAZ THERMAUX DE ROYAT ET DE LA RÉFLEXOTHÉRAPIE DU SYMPATHIQUE

par le Docteur ROMEUF (de Royat)
Médecin des hôpitaux de Clermont-Ferrand.

Les gaz thermaux de Royat sont composés de gaz CO^2 et de gaz rares dont l'émanation du radium.

Mis en contact à l'occasion de nos bains, grâce à leur absorption transcutanée, avec les filets endovasculaires du sympathique qui contrôlent le réseau capillaire de toute la surface tégumentaire immergée, ils les anesthésient, et cela, au point d'engendrer, sur ladite surface, une coloration rosée qui tranche nettement avec celle demeurée naturelle des autres parties superficielles du corps — *même les plus voisines* — qui ont été laissées hors de l'eau.

Injectés par voie sous-cutanée, ils développent, toujours par le même processus, une rubéfaction encore plus accusée de tous les téguments superposés à leur zone d'infiltration. C'est qu'en effet, la dose des gaz est ici sensiblement plus forte, la résorption de ceux-ci retardée pour autant, et l'anesthésie des fibrilles sympathiques, qui est la résultante globale de ces divers facteurs, plus complète et plus longue.

Le lecteur ne sera donc pas étonné si nous disons que ce sont toutes ces considérations qui nous ont amené à entreprendre, par le procédé de telles injections, le traitement de la claudication intermittente, des œdèmes trophiques post-phlébitiques ou consécutifs à certaines interventions chirurgicales pratiquées en tissu inflammatoire, les cellulites variqueuses ou contemporaines de la puberté, etc., etc. (1).

Devant les remarquables succès que, ce faisant, nous avons obtenus, nous nous sommes attaqué — imitant le geste du professeur C. Lian, qui utilise volontiers, aux mêmes fins, le gaz CO^2 pur.

a) Aux algiques du plexus cardiaque;

b) Ainsi qu'aux malades présentant une céphalée occipitale vive et tenace, rebelle à toute médication.

Chez ceux-ci, nous avons poussé nos injections de gaz dans le tissu cellulaire sous-cutané qui entoure leurs deltoïdes.

A ces deux variétés de malades, nous avons, enfin, adjoint — nous dirons pourquoi au cours même de ce travail, — les hémiplégiques spasmodiques chez lesquels les accidents graves du début ont rapidement fait place aux gênantes séquelles que sont : la raideur du côté — ou simplement de l'un des membres atteints — un léger degré de dysarthrie, de l'amnésie, des vertiges, etc.

(1) Le compte rendu des beaux résultats qui ont été ainsi obtenus, a paru dans le *Royat-Journal* de mars-avril 1938.

Parler des résultats que nous avons ainsi enregistrés chez ces divers malades est l'objet réel du présent travail. Aussi les aborderions-nous sans autres prémisses si nous n'avions à cœur de rapporter, au préalable, *ce qu'obtient avec le gaz CO^2 pur*, dans les deux premières catégories de malades envisagées, le Dr C. Lian.

Agir ainsi sera, en effet, rendre hommage à l'éminent maître dont les travaux ont été nos guides en la matière, et établir du même coup la pierre de touche qui permettra au lecteur de juger pleinement de l'action propre de nos gaz.

« Personnellement, j'ai introduit, en clinique, l'emploi des injections sous-cutanées de gaz carbonique : 20 à 30 injections sous-cutanées, une par jour ; débuter par 250 cc., arriver peu à peu à 1 litre.

« Cette pratique donne une amélioration de l'angor coronarien dans environ la moitié des cas, et j'ai vu cette amélioration survenir chez des malades dont l'état était stationnaire depuis plusieurs mois, condition de choix pour l'interprétation thérapeutique. D'ailleurs, l'action évidente des injections sous-cutanées de CO^2 s'est imposée à mon esprit dans d'autres syndromes vasoconstricteurs, en particulier dans plusieurs cas de céphalée intense et tenace depuis plusieurs mois ou plusieurs années chez les hypertendus. Ainsi je me rappelle un cas où une violente céphalée sévissant chaque jour chez un hypertendu depuis deux années, a diminué notablement à la dixième injection de CO^2 et est disparue complètement à la vingtième injection : le malade n'avait eu aucune prescription accompagnant les injections de CO^2.

« Comment agissent ces injections sous-cutanées de gaz CO^2 ? Vraisemblablement à la façon des bains carbo-gazeux qui agiraient en faisant pénétrer du CO^2 à travers les téguments ».

(*Annales Médico-chirurgicales* de juin 1938).

Face à ces résultats, qu'obtenons-nous nous-même à Royat ?

Une sédation de la douleur — nous avons grande joie à l'écrire ! — incomparablement plus rapide et plus longue, bien que réalisée avec des doses véritablement moindres de gaz !

Qu'on en juge, d'ailleurs, à la lecture des observations qui suivent et que nous prenons, comme à l'ordinaire, dans nos publications, au hasard de nos dossiers.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Madame X..., professeur d'enseignement libre, à Albi (malade du Dr Cotty).

Cette malade se présente dans notre cabinet en septembre dernier.

Outre une hypertension élevée, surtout quant à la minima (22-14), accompagnée d'un état extrêmement anxieux, nous relevons :

a) Une gêne sternale consécutive soit à l'effort, soit aux émotions, comme aussi, d'autre part, à l'excessive chaleur des journées orageuses ou très ensoleillées. Cette gêne sternale a, en outre, pour caractère, de s'irradier dans le bras gauche et le long du cou.

b) Une céphalée occipitale que rien ne calme et qui trouble gravement, de ce fait, le sommeil ;

enfin,

c) Plusieurs autres malaises faisant cortège à cet état, tels : les vertiges, un bruit permanent de train qui agace les oreilles, etc., etc.

Nous la soumettons au traitement balnéaire classique de l'hypertension et lui pratiquons, en sus, tous les deux jours, des injections sous-cutanées de gaz thermaux au niveau de ses deux deltoïdes (250 cc. par épaule).

A peine chaque injection a-t-elle été effectuée que la malade *présente une vive rougeur de la face et des téguments qui recouvrent les deux épaules.*

En moins de trois minutes, la céphalée cesse complètement, et, il en va de même de la douleur sternale quand elle existe.

Cette sédation totale n'excède guère douze heures, — la céphalée revenant chaque matin au réveil — pendant toute la première semaine du traitement. Mais elle se prolonge progressivement dans les semaines qui suivent, au fur et à mesure que se déroule la cure. Et, c'est en fort bon état que la malade quitte Royat.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Mademoiselle X..., dame institutrice en Charente-Inférieure (malade du Dr Couturier, de Mirambeau).

Cette malade est une jeune hypertendue à céphalée occipitale et en casque, particulièrement vive, fréquente, et rebelle à tout traitement alors qu'elle est installée.

Chaque injection de gaz pratiquée dans le tissu cellulaire sous-cutané qui ceinture les deux deltoïdes, à raison de 250 cc. par épaule, provoque, sur le champ, une *rubéfaction extrêmement vive de la face et des téguments sus-jacents aux infiltrations de gaz. La céphalée cède à nos piqûres en moins de trois minutes*, et la durée de la sédation ainsi obtenue excède toujours 48 heures.

La malade quitte Royat, en fin de cure, complètement débarrassée de son mal de tête. Et ce dernier me réapparait qu'un mois plus tard à l'occasion du développement d'un abcès dans le nez.

TROISIÈME OBSERVATION.

Prêtre de la Nièvre. (Malade du Dr Bonnichon, de St-Pierre-le-Moutiers).

Ce malade présente les symptômes de l'angor la plus nette.

La douleur que provoque le moindre effort est telle, qu'il s'y prend à 5 ou 6 fois pour s'habiller, le matin.

On pratique la première piqûre (toujours 250 cc.) dans la zone d'élection que l'on connait, alors qu'il est en pleine crise douloureuse (crise provoquée par le simple dépôt des vêtements).

La rubéfaction de la face et des épaules est immédiate et la douleur cesse sur le champ.

Le revêtement des habits, après dix minutes de repos allongé ; une longue marche consécutive et un repas copieux, lui aussi consécutif à la marche, et le tout réalisé dans les deux heures qui suivent la piqûre, ne font pas réapparaître la douleur sternale.

Elle ne revient que le lendemain après un nouvel effort de marche.

De nouveau, elle cède aux piqûres.

Le malade est tellement soulagé après trois semaines de traitement qu'il se croit en pleine voie de guérison.

Hélas, la reprise d'un lourd ministère et, sans doute aussi, l'absence d'autres piqûres, pratiquées au titre de correctif, font que l'amélioration ne se prolonge pas autant qu'on aurait pu l'espérer.

Trois mois plus tard le syndrôme angineux a retrouvé toute sa violence.

Si la saison prochaine nous ramène ce malade, il sera extrêmement intéressant de voir s'il nous sera donné de l'améliorer encore. Auquel cas, nous lui conseillerons une stellectomie.

Après avoir enregistré chez une cinquantaine de malades, et *sans que nous ayions jamais connu aucun échec*, des résultats en tous points identiques à ceux que nous venons de publier, nous avons pensé, non sans raison, croyons-nous, qu'ils étaient dus à une réaction sympathique réflexe des ganglions stellaires : réaction consécutive, selon nous, à l'activité de nos gaz sur les propres filets sympathiques qui contrôlent la vie du tissu cellulaire sous-cutané des deux régions deltoïdiennes (1).

Comment, en effet, expliquerait-on autrement la rougeur qui se produit à la face ?

Et, c'est par un raisonnement extensif du fond de cette hypothèse que nous avons voulu essayer de traiter aussi, par cette méthode, la variété d'hémiplégiques que nous avons déjà définis (hémiplégiques par spasmes relativement courts de l'une des sylviennes ou de l'une de ses branches de terminaison).

Comme chez les précédents malades, ainsi qu'il fallait s'y attendre, une rougeur de la face et des épaules fait immédiatement suite aux piqûres.

Quant à leur amélioration, bien qu'elle soit moins rapide que celles précédemment rapportées, *elle est tout aussi manifeste.*

Pour en donner un exemple, nous dirons qu'après trois semaines d'un tel traitement (piqûres de 250 cc. pratiquées, nous le répétons, tous les 2 jours), un brave menuisier (2), de Clermont-Ferrand, qui présentait, en juillet dernier, des vertiges, de l'amnésie verbale, de la dysarthrie, une raideur accompagnée de crampes de la main droite, le tout en séquelles d'accidents hémiplégiques survenus en mars 1938, a vu rétrocéder une notable partie de ces divers troubles. Et après 45 jours de traitement, alors que vertiges et dysarthrie avaient complètement disparu, le retour de la mobilité de la main droite était suffisant pour permettre à ce malade la construction d'objets de menuiserie ouvragée, tel : un petit bateau qu'il destinait, avec la joie que l'on devine, à son petit-fils.

(1) Rappelons ici que de tels réflexes ne sont pas en opposition, au contraire, avec les opinions qu'a sur le sujet le Prof. Leriche.

(2) Malade du Dr Petit, professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand.

Pourquoi obtenons-nous, à Royat, d'aussi prodigieux résultats qui laissent vraiment loin, derrière eux, ceux que donne le gaz CO^2 pur ?

Au début de cet article, nous avons parlé d'une association de gaz thermaux. L'ignorance où nous sommes de l'action spécifique de ces divers gaz ne nous permet guère d'aller avec certitude au delà de cet énoncé.

Toutefois, connaissant l'extrême activité de l'émanation du radium, nous pensons qu'il n'est pas trop téméraire d'imaginer qu'elle catalyse l'activité physiologique, bien connue, elle, du gaz CO^2 moléculaire, et cela au point d'en faire une vraie hormone vaso-dilatatrice.

Pareille réaction ne ferait, au surplus, que rappeler *in vivo*, l'effet que réalise dans le domaine minéral la mousse de platine qui, par ionisation de l'oxygène de l'air, permet l'inflammation du gaz d'éclairage alors qu'elle est mise en contact de leur mélange.

Mais qu'importe, au demeurant, l'explication vraie ?

Ne suffit-il pas, hélas, trop souvent encore, tant en médecine qu'en obstétrique, de retenir simplement la leçon des faits ?

Et ceux que nous venons d'exposer ne sont-ils pas assez probants pour nous permettre de conclure que nos gaz thermaux ouvrent un chapitre nouveau à la thérapeutique sympathico-vasculaire ?

LES MÉDECINS AUXILIAIRES DE RÉSERVE EN CAS DE GUERRE

M. Jean Taurines, sénateur, demande à M. le ministre de la Défense Nationale et de la Guerre de lui faire connaître, au cas où un conflit armé aurait lieu, quelle serait la situtaion des médecins auxiliaires de réserve, se trouvant dans les conditions de scolarité ci-dessous : 1° médecins titulaires de vingt inscriptions non validées (ayant à réparer un échec à un examen de fin d'année scolaire); de ce fait, n'ayant passé ni les cliniques ni la thèse; 2° médecins titulaires de vingt inscriptions validées, mais n'ayant passé ni les cliniques ni la thèse; 3° médecins titulaires de vingt inscriptions validées ayant passé les cliniques, mais n'ayant pas la thèse ; 4° médecins ayant passé leur thèse mais n'ayant pas fait de demande pour être officiers; s'ils resteraient adjudants durant tout le temps des hostilités ou s'ils pourraient acquérir le grade d'officier et ce, dans quel délai; 5° quels sont les lois et règlements en vigueur prévus pour ceux qui se trouveraient dans l'une ou l'autre des catégories désignées ci-dessus. (*Question du* 22 *mai* 1939.)

Réponse. — 1°, 2°, 3°. Les intéressés seraient maintenus avec le grade de médecin auxiliaire jusqu'au jour où des dispositions pourraient être prises pour leur permettre de terminer leurs études et de soutenir leur thèse; 4° les intéressés seraient proposés pour le grade de médecin sous-lieutenant de réserve dès leur arrivée à leur corps ou centre de mobilisation; 5° loi du 8 janvier 1925, décret du 7 juillet 1929 et instruction du 7 septembre 1935.

(*J. O.*, 13 Juin 1939).

Ypérite, le plus redoutable des gaz de combat. Etude générale par MM. Anglade et Imbert. — Un vol. in-4°, 112 pages. Le François, éditeur, janvier 1939, 10 fr.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AUTOUR DE LA RETRAITE

« Retraite », en bon français, signifie « action de se retirer »; ce n'est que par une extension assez lointaine que, la partie étant prise pour le tout, ce terme fut appliqué à la récompense ou à la pension qui pouvait être accordée à celui qui cessait son travail.

Cette cessation du travail est toujours la condition nécessaire pour que cette extension soit légitime. Aussi l'emploi du mot « retraite » est-il en parfait accord avec les dispositions générales du projet en discussion; sauf bien entendu, avec celle concernant la prise facultative de cette retraite; mais il ne s'agit évidemment là que d'une exception provisoire, d'un stade transactionnel.

Si donc — nous précisons ce point — c'est seulement parce que beaucoup paraissent avoir confondu « retraite » avec « pension viagère » et que cette confusion embrouille la discussion, car elle donne une signification philanthropique à une entreprise politico-sociale.

Ils n'ont pas pensé non plus à l'opposition entre les deux expressions « versements obligatoires » et « prise de la retraite facultative », ni à ses conséquences au point de vue du droit. Ils sont excusables car ce serait vraisemblablement la première fois que les fonds provenant des versements faits par quelqu'un, en vue de la constitution d'un capital ou d'une rente, cesseraient d'être sa propriété du fait qu'il n'accepterait pas au moment où ce capital ou cette rente est constitué, de se retirer : il faudrait au moins lui rendre son argent.

N'est-il pas nombre de fonctionnaires qui, non seulement ne sont pas soumis à cette sorte de spoliation, mais encore ont droit, lorsqu'ils prennent leur retraite, à des emplois dits réservés ? Cela se passe dans les sphères modestes, mais il en est de même dans les supérieures : nous voyons souvent des personnages considérables à qui sont octroyés, pour augmenter leur pension de retraite, des postes fort importants dans certains conseils d'administration.

S'il en est ainsi, c'est, au moins dans le principe, pour que ces hauts fonctionnaires fassent profiter ces grandes compagnies des qualités dont ils ont fait preuve au cours de leur carrière et, en pratique, continuent à exercer leur activité sensiblement dans le même cadre.

Est-ce que les fonctionnaires confédéraux, pour avoir droit à leur pension de retraite, doivent s'engager à cesser tout exercice professionnel ?

Il n'y aurait donc que les médecins praticiens qui ne pourraient profiter des versements faits *obligatoirement*, s'ils voulaient user de la *faculté* qui leur serait laissée — au moins à titre provisoire — de poursuivre leur activité professionnelle !

Et qui pourrait prendre sa retraite dans de telles conditions ? Le médecin ayant des charges de famille et sans autres ressources, pourrait-il vivre avec la seule pension qui lui serait servie ? Il n'y aurait que celui possédant une fortune personnelle, pour qui cette pension serait un appoint intéressant.

Si véritablement on avait voulu faire de la philanthropie — et c'eût été actuellement bien nécessaire — il eût fallu d'abord ne pas s'empêtrer dans des combinaisons d'ordre politique; ensuite, au lieu de chercher à absorber les œuvres médicales déjà existantes et déjà prospères, comme l'*Association Générale des Médecins de France*, il eût fallu s'efforcer de convaincre les médecins de la nécessité pour eux de s'affilier à ces œuvres, quitte à s'efforcer aussi d'en augmenter les avantages si on les jugeait insuffisants. En tout cas, ces œuvres ne présentent pas le grave inconvénient d'obliger le médecin à cesser son exercice professionnel, et c'est bien ce qui lui importe le plus.

A. HERPIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 3 juillet. — Jury : MM. Abrami, Lœper, Donzelot, Moreau. — M. STIEGLITZ. Contribution à l'étude des accidents dûs aux sulfamides. — M. BARAF. Contribution à l'étude des indications thérapeutiques de l'opothérapie mammaire. — M. BONNET. La teneur en vitamines des différents régimes chez l'adulte. — M. BROUTIN. Etude sur le rôle du système nerveux dans l'œdème aigu du poumon. — M. DUPUIS. De l'étude des contacts humains dans la propagation de la lèpre. — M. FALEX. Modifications osseuses consécutives aux dérivations et rétentions biliaires. — M. GILBERT. Contribution à l'étude de la thérapeutique de l'anorexie. — M. GOARIN. Indications thérapeutiques de l'acide L. ascorbique en dehors du scorbut. — M. GUILMART. Les symphyses pleurales tardives après la section des adhérences du pneumothorax. — M. GHARIB. Contribution à l'étude des manifestations pleuro-pulmonaires de la maladie de Bouillaud.

Mardi 4 juillet. — Jury : MM. Balthazard, Carnot, Claude, Lévy-Valensi. — M. JAFFRÉ. Sur l'origine traumatique des tuberculoses ostéo-articulaires. — M. NATAF. Contribution à l'étude du surmenage intellectuel. — M. ROUJON. Traitement de l'angine de poitrine par les injections de pepsine. — M. JOÜON. Contribution à l'étude des déséquilibres graves du caractère chez les adolescents. — M. PODRIZKI. Une nouvelle hypothèse sur le mode d'action du cardiazol dans la démence précoce. — Mmes NIGAULT DE PRAILAUNÉ. Contribution à l'étude de la notion d'intolérance dans les maladies professionnelles. Son importance médicolégale et sociale. — REIFMAN. Signe de Vincent (d'Alger). Etude séméiologique.

Jury : MM. Laignel-Lavastine, Chevallier, Lavier, Renard. — M. BIARDEAU. Sur un cas de diabète insipide syphilitique. — M. BOUCHET. Les formes légères de la chlorose de la puberté. L'atrophie de la muqueuse de l'estomac. — M. CHAUVET. La lutte contre une épidémie au 18e siècle : La peste du Gévaudan (1720-1723). — M. DHÉRY. Les purpuras (pétéchiaux) inflammatoires chroniques idiopathiques. — M. DUFLOS. Recherches sur la maladie de Reklinghausen. — M. GARNIER. Origine nerveuse de la chlorose. — M. SEILLIER. Contribution à la réadaptation des tuberculeux pulmonaires en France. Travail de l'hôpital sanatorium de Brévannes. — M. TRIKI. L'anémie macrocytique levuro-curable idiopathique ou anémie de Lucy Wills. — M. SUTTEL. Les comportements fondamentaux dans les affections mentales. — M. ZAPHIROPOULOS. Contribution à l'étude de l'évolution de la démence précoce.

Jury : MM. Tanon, Joannon, Hazard, Mlle Lévy. — M. BARBERY. Contribution à l'étude de la valeur de la réaction de Schuk. — M. DUMITIESCO. La vaccination antituberculeuse par le B.C.G. en Roumanie. — M. GUILLOU. Contribution à l'étude de l'ionisation atmosphérique. — M. JOSIPOWICZ. Sémiologie des lésions unguéales. — M. LE GOUPIL. L'assurance-invalidité en matière d'assurances sociales. — M. MIGNEN. Contribution à l'étude des anémies pernicieuses. La valeur et les difficultés du traitement. — M. MIRALLÈS. Contribution à l'étude des asthmes d'origine hépatique. — Mme DUFOUR-LAMARTINE. De la protection des étudiants en médecine contre la tuberculose.

Mercredi 5 juillet. — Jury : MM. Gosset, Grégoire, Mathieu, Ameline. — M. CHENARD. Contribution à l'étude des fistules colo-vésicales. Trois observations personnelles. — M. JUGUAND. La transfusion sanguine lente continue (perfusion). Résultats cliniques. — M. LANCHOU. Ulcère géant de la petite courbure. — M. HENRY. Endométriomes vésicaux. — M. MARTINAT. Contribution à l'étude des hématomes extra-duraux. — M. BADIE. Déformation des doigts et des mains dans les arthrites chroniques — M. TALLET. Ostéomyélite chronique d'emblée de l'adulte (Contribution à son étude).

Jury : MM. Lemierre, Clovis Vincent, J. Besançon, Sézary. — Mlle BOUVET. De l'érysipéloïde (Etude clinique et biologique). — M. FELZENSTAJN. Contribution à l'étude de la valeur de la réaction de Dick dans la scarlatine. — M. BRUHNES. Les méningiomes en plaque de la grande aile du sphénoïde avec ostéome temporo-orbitaire. — M. DELAÎTRE. La forme cérébrale de l'hypertension artérielle. — M. TROTOT. Les céphalées. Etude séméiologique et pathogénique. Leur mécanisme veineux.

Jeudi 6 juillet. — Jury : MM. Lenormant, Mocquot, Olivier, Cadenat. — M. MARCHAK. Contribution à l'étude des débridements vulvo-vaginaux. — M. PEREL. Contribution à l'étude de la chimiothérapie sulfamidée dans la blennorragie féminine par le (para-amino-benzine-sulfamido) pyridine. — M. AUFRÈRE. Les indications des divers procédés d'hystérectomie vaginale. — M. GOURDET. Contribution à l'étude de l'inversion utérine aigüe après avortement. — M. LITMAN. Contribution à l'étude des épithéliomas de l'appendice. Adéno-carcinome et carcinoïde. — Mlle BARFSZY. Contribution à l'étude du diagnostic étiologique de la stérilité.

Jury : MM. Gougerot, Nobécourt, Gatellier, Mounlonguet. — M. ADLORSBERG. Les aphtes récidivantes communes. Leur traitement par le foie et les vitamines. — M. CAMUSAT. La buckythérapie (Roentgenthérapie par les rayons « limite » en dermatologie). — M. SAMIE. Mille ponctions sous-occipitales. — M. WOJNAROWSKI. Le traitement de l'infection chancrelleuse par le para-amino-phénul-sulfamide. — M. ZWAHLEN. Le dispensaire du dimanche, contribution à la lutte antivénérienne. — M. DEMAUGRE. Sur les dangers, chez l'enfant, de l'essence de chénopodium anthelminticum. — Mmes TEYSSIER. Du rôle de l'hérédité dans la genèse de l'épilepsie essentielle. — CANDAU. Sur quelques formes cliniques de pyélonéphrites à colibacilloses du nourrisson.

Vendredi 7 juillet. — Jury : MM. Lévy-Solal, Troisier, Gueniot, Portes. — M. MONGARDIEN. Post-hypophyse et hémorragies de la délivrance. — M. OLLIVIER. Etude sur les troubles génitaux au cours des intoxications. — M. VERROUST. La sulfamidothérapie par voie rectale en médecine infantile et en obstétrique. — M. DEPASSE. Le syndrôme de Lôffler. — M. GARCIA-BENGOCHEA. Le pneumothorax extra-pleural. M. PEYRONNET. Etude des résultats éloignés de 140 sections d'adhérences pleurales. — M. VICAIRE. Les pleurolyses spontanées post-symphysaires. — Mme GAUBERT. De l'influence de la roentgenthérapie sur le développement du fœtus.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DU PRURIT VULVAIRE PAR L'OESTROGLANDOL

par le docteur H. MARTIN (1)

Dans une affection aussi pénible que le prurit vulvaire, dont l'évolution est si souvent décevante et où toutes les méthodes préconisées rencontrent peu de succès et beaucoup d'échecs, l'auteur a obtenu d'excellents résultats de l'onguent d'œstroglandol.

L'onguent d'œstroglandol est une pommade facilement résorbée par la peau, à laquelle on a incorporé l'hormone œstrogène dans la proportion de 1.000 unités internationales pour un gramme ; les travaux de Zondek ont montré qu'appliqué localement, cet onguent produit par hyperémie une amélioration considérable de l'affection dans l'espace de quelques semaines. Quelquefois, il est nécessaire de compléter ce traitement percutané par l'administration par voie buccale de comprimés ou par des injections sous-cutanées d'ampoules d'œstroglandol.

Ce n'est pas seulement dans le prurit vulvaire que cet onguent donne de très bons effets, mais encore dans tous les cas d'acné, d'eczéma, d'herpès liés à un dysfonctionnement ovarien et l'on a pu dire que cet onguent réalise la meilleure crème de beauté pour les femmes qui présentent des lésions cutanées rebelles de la puberté à la ménopause.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'ASYSTOLIE HÉPATIQUE

(Fin) (2)

FORMES EVOLUTIVES.

Tous les degrés peuvent se rencontrer, qui dépendent de la lésion cardiaque causale et du mode évolutif de celle-ci; de l'état antérieur du foie.

1. — *L'A. H. irréductible d'emblée*, est rare chez l'adulte. On le voit dans deux cas :

Symphyse péricardique tuberculeuse essentiellement et, très accessoirement, *rétrécissement tricuspidien.*

2. — *L'A. H. rapidement irréductible* est surtout le fait d'une *symphyse péricardique rhumatismale.*

3. — *L'A. H. est réductible* pendant un temps plus ou moins long, c'est le cas le plus fréquent.

Sous l'influence du traitement l'hépatomégalie regresse, la douleur diminue, l'état général s'améliore.

Mais les rechutes sont aussi de règle, comme pour les autres manifestations asystoliques et, plus ou moins rapidement le malade s'achemine vers l'*irréductibilité.*

Dès lors, deux éventualités : suivant que prédominent :

— Ou les *signes cardiaques*, c'est l'asystolie banale;
— Ou les *signes hépatiques* : cas fréquents chez les malades dont le foie est antérieurement touché.

Deux manifestations peuvent alors se voir :

1. — *La cirrhose cardiaque* : elle se constitue progressivement après une poussée asystolique, alors que le cœur est redevenu normal, le foie reste *gros* et *dur*, et ne bat plus. Puis apparaissent des signes d'*hypertension pontale* (splénomégalie-ascite plus ou moins abondante). L'évolution devient chronique. Des ponctions peuvent être nécessaires. Le malade meurt souvent comme un hépatique, dans un tableau d'ictère grave, surtout à l'occasion d'une infection surajoutée.

2. — *L'ictère.* Si l'ictère grave d'emblée est assez rare en l'absence de manifestations cirrhotiques, les poussées d'ictère subaigu sont plus fréquentes. Il s'agit d'ictères infectieux avec température modérée et hémorragies diverses, qui conduisent le malade à la mort dans un coma progressif. De toutes façons, on sait que tout ictère survenant chez un cardiaque est toujours un phénomène grave.

II. — A.H. DE L'ENFANT

C'est la forme de beaucoup la plus fréquente des asystolies infantiles; les signes hépatiques sont les témoins les plus précoces et les plus sûrs de l'I. V. D. qu'entraîne la cause majeure de ces asystolies : la *symphyse péricardique.*

A. — *L'A. H. de la symphyse rhumatismale.*

Soit au cours de l'évolution d'un R. A. A. franc, généralisé;

Soit au cours d'un R. A. A. fruste.

Chez un enfant dyspnéique et cyanosé, déjà bouffi d'œdèmes apparaît un *gros foie dur, douloureux, pulsatile.*

Le traitement toni-cardiaque institué se révèle absolument inopérant, en particulier ce foie manifestement cardiaque ne régresse pas et reste douloureux, c'est précisément l'*irréductibilité rapide* de cette A. H. qui doit faire suspecter la symphyse et en rechercher les signes majeurs, essentiellement :

le *gros cœur;*
la *fixité de la pointe;*
l'*examen radiologique.*

Que l'évolution soit très rapide, ou qu'elle se fasse par poussées successives, durant au total deux ou trois mois, l'*hépatomégalie douloureuse* en reste le signe majeur.

B. — *A. H. de la symphyse tuberculeuse.*

Soit au décours d'une péricardie avec épanchement ;

Soit au décours d'une pleurésie gauche, ou d'une polysérite (ayant pu masquer l'épanchement péricardique), l'enfant restant fébrile, asthénique, cyanique. Se constitue progressivement un tableau : de *cirrhose*, avec circulation collatérale splénégalie, l'*ascite* rapidement très abondante masque mal un foie *très gros, dur* et *douloureux*, et ces caractères typiquement cardiaques sont rapidement confirmés par l'association d'œdèmes des membres inférieurs ; par l'accentuation de la dyspnée, de la cyanose et de la tacycardie.

Le cœur reste *petit* et l'examen doit dès lors rechercher de très près des signes de *symphyse* difficiles à mettre en évidence :

La fixité de la pointe ;
les signes radiologiques.

Là encore, l'*irréductibilité d'emblée* de l'A. H. est le meilleur test diagnostique.

Ce tableau classique d'*asystolie avec cirrhose* (cirrhose cardio-tuberculeuse de Hutinel) entraîne rapidement la mort soit dans un tableau d'insuffisance hépatique aiguë, soit de granulie ou méningite.

G. LE SUEUR.

(1) *Sud médical et chirurgical*, nov. 1937.
(2) Voir *Gaz. Hôp.* N° 51, du 28 juin 1939, p. 898.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie HENRY MAILLET, 3, rue de Châtillon, Paris.

N° 54. — SAMEDI 8 JUILLET 1939. 112e ANNEE. Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

REVUE GÉNÉRALE.

L'action dynamique spécifique des aliments, par MM. L. CORNIL, Ch. MATTEI, J. VAGUE, F. GIRAULT et J. COURTOIS (fin).

ACTUALITÉS.

L'hystérie et le pithiatisme vus par un psychiâtre (E. GELMA).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Autour du projet Pomaret :
Pour : M. Masmonteil.
Contre : M. le Professeur Cunéo.
M. le Sénateur Léon Bérard.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

LIVRES NOUVEAUX.

PRATIQUE MÉDICALE.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Concours d'accoucheur des hôpitaux* (admissibilité). — Sont déclarés admissibles : MM. Mayer et Grasset.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. Nomination à une place.

Médecine opératoire. Questions données : Ligature de l'artère fémorale dans le canal de Hunter ; Désarticulation du poignet. MM. Grasset, 11 ; Mayer, 15.

Epreuve de consultation écrite. MM. Mayer, 15 ; Grasset, 19.

Epreuve clinique double. MM. Mayer, 29 ; Grasset, 30.

Classement des candidats : 1er M. Mayer, 2e M. Grasset.

M. Mayer est nommé accoucheur des hôpitaux.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le docteur Leculier, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Begard (Côtes-du-Nord), est nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), en remplacement de M. le docteur Duchêne, affecté à l'hôpital psychiatrique de Hoerdt.

M. le docteur Hedouin, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle), est affecté à l'hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe), en remplacement de M. le docteur Christy, nommé médecin chef à l'hôpital psychiatrique du Vinatier.

Concours du médicat des hôpitaux psychiatrique. — Ont été déclarés admis au concours des médecins des hôpitaux psychiatriques pour 1939 les candidats dont les noms suivent :

MM. les docteurs : Bouvet, Queron, Guyot, Ueberschlag, Rallu, Berthier, Berthon, Carrier, Doremieux, Poittrot, Mathon, Carrere, Capelle, Leclerc, Saune, Letailleur.

Hôpital psychiatrique de Blois. — Un poste d'interne en médecine est vavant dans cet établissement.

« Conditions à remplir » :

1° Etre de nationalité française et pas avoir plus de 30 ans ;

2° Etre titulaire de 16 inscriptions au minimum.

« Pour la constitution du dossier, s'adresser à M. le Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique, 34, avenue Maunoury à Blois.

« Les inscriptions seront reçues jusqu'au 30 juillet 1939 ».

Au Conseil Supérieur de l'Instruction Publique. — L'ordre du jour du Conseil du Conseil Supérieur de l'Instruction Publique, actuellement réuni en session ordinaire, comporte un projet d'arrêté relatif aux étrangers. *Ce projet tendrait à autoriser les médecins*

étrangers à prendre part au concours d'agrégation des facultés de médecine. Même si l'attribution du titre était purement honorifique, cette mesure ne manquerait pas de soulever des objections ou même des protestations.

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté de Médecine, réuni le 29 juin, a décidé de proposer à l'agrément du Ministre :

M. Pasteur Vallery-Radot, pour la *chaire de Pathologie interne* (par 46 voix sur 46 votants).

M. Bénard, pour la *chaire de Pathologie expérimentale* (par 23 voix sur 46 votants).

M. Aubertin, pour la *chaire de Thérapeutique* (par 24 voix sur 46 votants).

M. Gaillard, comme *professeur sans chaire* à la Faculté de Médecine d'Hanoï (par 46 voix sur 46 votants).

Cours complémentaires de vacances 1939. — L'enseignement pour les stagiaires sera organisé pendant les vacances, du 15 juillet au 31 octobre 1939, dans les services : M. le Professeur Lœper, à l'hôpital St-Antoine ; M. le Professeur Grégoire, à l'hôpital St-Antoine.

MM. les étudiants ayant un stage à compléter devront adresser à M. le Doyen une demande rédigée sur papier timbré à 6 frs avant le 10 juillet 1939. Ils désigneront la date à laquelle devra commencer leur stage : 15 juillet, 15 août, 15 septembre. Pourront également s'inscrire les étudiants qui, tout en étant en règle au point de vue stage, seraient désireux de suivre un service pendant les vacances.

Vacances 1939. — Bibliothèque et secrétariat. — La bibliothèque sera ouverte :

en juillet : du 1er au 8 : de 13 h. 30 à 19 h. 15 et de 20 h. à 22 h. 15; du 10 au 13: de 13 h. 30 à 19 h. 15; du 17 au 29 : de 14 h. à 18 h.

en septembre : du 1er au 15 : les mardi, jeudi et vendredi : de 14 h. à 17 h. ; du 16 au 30 : du mardi au vendredi de 14 h. à 18 h.

La bibliothèque sera fermée : le 31 juillet, le mois d'août en entier et les 2 et 3 octobre (récolement).

Le service normal reprendra le *mercredi* 4 *octobre.*

Le Secrétariat de la Faculté sera ouvert pendant toute la durée des vacances, *mais seulement de midi à 15 heures*, du 15 juillet au 30 septembre.

Le service normal (de 9 h. à 11 h. et de midi à 15 h.) reprendra à partir du 2 octobre.

Distinctions honorifiques. — *Officier de l'instruction publique :* M. Petitclerc (de Rouen).

Officier d'académie : M. Canouet (de Boscamnant).

Guerre. (active). — Sont promus : Au grade de médecin général inspecteur : M. le médecin général Schickelé, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Morvan, placé dans la section de réserve. — M. le médecin général Morisson, en remplacement de M. le médecin général inspecteur Savornin, placé, à compter du 4 juillet 1939, dans la section de réserve.

Au garde de médecin général : M. le médecin colonel Bercher, en remplacement de M. le médecin général Schickelé, promu. — M. le médecin colonel Collignon, en remplacement de M. le médecin général Morisson, promu.

Est promu au grade de médecin général : M. le médecin colonel Ricou, des troupes coloniales en remplacement de M. le médecin général Passa, placé dans la section de réserve du corps de santé des troupes coloniales.

Sont promus au grade de médecin colonel : Les médecins lieutenants-colonels Bellon, médecin des hôpitaux militaires, de la région de Paris, en remplacement de M. Charpentier, retraité ; Bouissou, de la région de Paris, en remplacement de M. Aubert, retraité ; Tamalet, médecin des hôpitaux militaires, de la 15e région, en remplacement de M. Camus, retraité ; Sieur, du 19e corps d'armée, en remplacement de M. Berges, retraité ; Codvelle, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de la région de Paris, en remplacement de M. Andrieu, retraité ; Delaye, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de la région de Paris, en remplacement de M. Bercher, promu ; Saulnier, médecin des hôpitaux militaires, de la 6e région, en remplacement de M. Duchene-Marullaz, retraité.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : Les médecins commandants Saby, médecin des hôpitaux militaires, de la 20e région, en remplacement de M. Ferry, retraité ; Poirier, de la 4e région, en remplacement de M. Larrazet, retraité ; Giraud, de la région de Paris, en remplacement de M. Bellon, promu ; Bergeret, de la région de Paris, en remplacement de M. Bouissou, promu ; Lassalle, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de la 14e région, en remplacement de M. Tamalet, promu ; Hugonot, professeur agrégé du Val-de-Grâce, de la 14e région, en remplacement de M. Sieur, promu ; Stéfanini, chirurgien des hôpitaux militaires, de la 15e région, en remplacement de M. Codvelle, promu ; Riss, de la 20e région, en remplacement de M. Delaye, promu ; Durand, de la 11e région, en remplacement de M. Saulnier, promu.

Voir la suite des Informations, page 944.

REVUE GENERALE

L'ACTION DYNAMIQUE SPÉCIFIQUE DES ALIMENTS

Étude clinique et physio-pathologique

par MM.

L. CORNIL, Ch. MATTEI, J. VAGUE, F. GIRAULT et J. COURTOIS

(*Fin*) (1)

II. — EXPRESSION ET VALEUR CLINIQUE DE LA NOTION D'A. D. S.

Nous envisagerons successivement dans ce chapitre les divers travaux accomplis et les résultats acquis jusqu'à ce jour dans les domaines de la pathologie où la notion d'A. D. S. a été appliquée. A ces résultats nous joindrons ceux de quelques recherches personnelles.

La difficulté d'une part de pratiquer des mesures exactes et précises de l'A. D. S. en un temps limité, bien mise en lumière par les nombreuses discordances des résultats donnés par les auteurs, le désir d'autre part d'appliquer dans la mesure du possible cette étude de l'A. D. S. à la clinique, nous a fait adopter une méthode voisine de celle de Noël Fiessinger et de ses collaborateurs et de celle de May et Faulong. Après mesure du métabolisme basal et de l'azote urinaire par unité de temps chez le sujet à jeun, nous avons fait absorber dans des expériences successives pratiquées quotidiennement : le premier jour, 50 g. de glucose de valeur calorique 3,88; le deuxième, 50 g. de peptone Byla devant dégager 3,4 calories et le troisième jour, 30 g. d'acide oléique donnant par gramme, 5,80 calories. Une mesure de métabolisme basal et de l'azote urinaire a été pratiquée une heure et deux heures après l'absorption. Dans ces conditions chez le sujet normal le métabolisme basal et l'excrétion d'azote ne sont presque pas augmentés une heure et deux heures après l'absorption du glucose ou de l'acide oléique. En revanche, le métabolisme basal s'est élevé dans des proportions importantes et l'excrétion de l'azote urinaire a été grossièrement multipliée par 2 après l'absorption de peptone. Ces résultats qui concordent avec ceux de N. Fiessinger sont un peu différents de ceux de Lecoq et Joly.

PATHOLOGIE HÉPATIQUE.

Quelques cas d'*insuffisance hépatique* ont été étudiés par Mahaux : pour cet auteur il y a toujours d'autres troubles endocriniens surajoutés. On obtient ici après l'épreuve au glycocolle une courbe d'amino-acidurie élevée, le débit dépassant toujours 160 mmg. par heure avec décharge uréique précoce. Le foie paraît incapable de retenir l'acide aminé, de même que le galactose. La décharge uréique pose, du reste, un problème qui n'est pas résolu.

Mahaux a obtenu des phénomènes du même genre chez d'autres hépatiques tels que : *colite chronique* avec galactosurie augmentée, « *foie colonial* » avec rate hypertrophiée et diabète, *hypertension* chez de gros mangeurs pléthoriques avec galactosurie augmentée et réaction de Hymans van den Bergh élevée. Partout en effet, on retrouve une diurèse abondante dès la deuxième heure et soif intense indiquant le *parallélisme entre la diurèse et l'excrétion uréique*. L'A. D. S. est faible et prolongée.

Au cours de l' « épreuve calorique », consistant à faire absorber à jeun 50 gr. de gélatine et 40 gr. de glucose dans 500 cc. d'eau, et au cours de laquelle, chez le sujet normal, la flèche glycémique s'élève de 0,14 à 0,21 gr., l'élimination globale d'azote, de 0,40 à 1,19 gr., le métabolisme de 14 à 32,2 %, la consommation d'oxygène à l'heure, de 1,6 l. à 4,65 l., N. Fiessinger et ses collaborateurs ont noté chez des cirrhotiques une augmentation du métabolisme calorique, mais assez peu marquée, malgré des tests de « traversée » très nets. De plus, la consommation en oxygène est faible et l'on note un abaissement prononcé du rapport azoturique. Pour une flèche glycémique de 0,14 à 0,30 pour une élévation azotée globale de 0,48 à 0,88, l'augmentation du métabolisme calorique varie de 4,4 à 9,5 et celle de la consommation d'oxygène de 0,59 à 21.62. Merklen et Guillaume en étudiant l'A. D. S. chez cinq hépatiques l'ont trouvée diminuée, ce qui dépendrait pour ces auteurs de la liaison étroite entre l'A. D. S. et le pouvoir de désamination du foie.

Bagnaresi constate également la diminution de l'A. D. S. dans des cas de cirrhose avec stase portale : ceci serait dû soit aux troubles généraux du métabolisme de ces malades, soit à la moindre intensité de l'excitation neuro-végétative qui part du tube gastro-intesinal.

Trois cas d'*ictère bénin* étudiés par Fiessinger montrent, après l'épreuve, une augmentation du métabolisme calorique et de la consommation d'oxygène qui prend une valeur moindre que chez les sujets normaux, mais plus importante que chez les cirrhotiques.

Chez nous, dans deux cas de *cirrhose*, l'une *hypertrophique*, l'autre *atrophique du foie*, l'absorption de glucose et de peptone a augmenté dans les mêmes proportions le métabolisme basal et l'excrétion de l'azote. Dans un cas de cirrhose hypertrophique, le métabolisme basal et l'excrétion de l'azote n'ont pas été modifiés. Il semble donc que chez les hépatiques d'après les recherches de Fiessinger et les nôtres, il y ait à la fois une incapacité à fixer le glucose qui intervient en dehors de toute glycosurie provoquée et que ce glucose soit immédiatement brûlé, ce qui prouve l'augmentation de métabolisme et une diminution de l'A. D.S. des protides qui n'augmente pas plus le méta-

(1) Voir *Gaz. Hôp.*, N° 52, p. 905.

bolisme que ne le fait le glucose. L'excrétion d'azote est en effet, faiblement augmentée et de façon égale, pour le glucose et la peptone chez nos deux hépatiques. Quant aux résultats fournis par nos recherches avec l'acide oléique, les difficultés digestives des hépatiques ne nous permettent pas d'en tirer de conclusions.

Enfin, à l'étude de l'A. D. S. dans les affections hépatiques il convient de joindre l'étude de cette fonction au cours de l'*insuffisance cardiaque*. C'est en effet, par l'intermédiaire des lésions hépatiques si fréquentes au cours de l'asystolie que paraissent se constituer les modifications de l'A. D. S. chez les insuffisants cardiaques. Dans le but de contrôler la théorie d'Eppinger qui accorde une grande place aux troubles métaboliques dans la pathogénie des insuffisances cardiaques, Caccuri a pratiqué des mesures de l'A. D. S. par le dosage de l'O^2 absorbé et du CO^2 exhalé à jeun et après repas mixte chez les insuffisants cardiaques. Les conclusions de cet auteur sont extrêmement précises : les troubles de l'A. D. S. ne s'observent que chez les asystoliques présentant des troubles hépatiques mis en évidence par divers moyens d'exploration du foie et notamment l'hyper-amino-acidémie provoquée. Chez les insuffisants cardiaques porteurs de troubles hépatiques l'A. D. S. a été constamment diminuée. Des recherches antérieures de Chi-Che-Wang et Hawks poursuivies sur une plus petite échelle avaient abouti à des résultats plus inconstants. Chez un scléro-pulmonaire *emphysémateux* avec insuffisance cardiaque du type droit et métabolisme basal augmenté, nous n'avons pu voir ni le glucose, ni la peptone modifier ce métabolisme. En revanche, l'excrétion d'azote a été légèrement diminuée après l'absorption de ces deux aliments.

Ces diverses recherches qui demanderaient à être complétées, montrent l'importance des fonctions hépatiques au cours de l'insuffisance cardiaque et soulignent encore une fois la part que prend le foie au mécanisme régulateur de l'A. D. S.

SYNDROMES ENDOCRINIENS.

Mahaux a appliqué son épreuve de l'A. D. S. à dix observations de *syndrome adiposo-génital :* il a trouvé une abolition complète de l'A. D. S. et un nivellement de l'excrétion uréique, désignant par là l'absence d'augmentation du débit de l'urée. Si ce syndrome bio-chimique peut être rapporté à une modification du fonctionnement neuro-hypophysaire, il peut cependant exister chez des sujets qui à première vue ne présentent aucun signe d'affection hypophysaire. Le traitement par l'hormone thyréotrope entraîne une diminution de poids, diurèse, diarrhée, courbature, décharge d'urates. L'épreuve au glycocolle pratiquée vers le sixième jour montre la réapparition de l'A. D. S. des protéines et une élévation du débit uréique horaire à jeun.

Mahaux explique ces faits par l'application de la théorie de l'A. D. S. que nous avons exposée plus haut : l'abolition de l'A. D. S. chez l'adiposo-génital montrerait le dysfonctionnement des centres hypothalamiques dû peut-être à une déficience en substance thyréotrope, mais il ne semble pas à l'auteur que malgré les recherches expérimentales de Camus et Roussy l'insuffisance pituitaire pure (sans altération de l'hypothalamus) puisse entraîner l'obésité et l'absence du développement génital. Tout ceci peut se présenter dissocié et par exemple avec une A. D. S. normale. Une faible A. D. S. avec insuffisance hypophysaire paraît être l'indice d'une lésion primitive sans altération des mécanismes régulateurs du métabolisme car il y a guérison par la substance thyréotrope. Malgré les doutes émis par Gaebler sur la valeur diagnostique de l'A. D. S. et de ses relations avec l'hypophyse, il faut tout de même la considérer comme très importante et ne pas trop conclure dans des expériences sur des chiens hypophysoprives, comme l'ont fait Artundo, Houssay et Mazzocco, que l'A.D. S. est normale car elle augmente au contraire au début pour compenser la chute du métabolisme, et *ce n'est qu'au bout d'une semaine qu'elle diminue.*

L'insuffisance thyroïdienne pour Mahaux présenterait dans les cas bénins une A. D. S. *élevée pour compenser un métabolisme bas,* ceci par mise en action de la thyréo-stimuline, et dans *les cas graves au contraire, une A. D. S. diminuée,* la thyréostimuline n'ayant pas d'action à cause de la faible teneur en thyroxine. Dans le myxoedème la courbe d'hyper-amino-acidurie est abaissée et la décharge uréique retardée après l'épreuve au glycocolle. L'A. D. S. y est diminuée, mais par contre, jamais abolie comme dans le syndrome adiposo-génital.

Dans les cas d'*insuffisances hypophysaires acquises* du lobe antérieur : aménorrhée, asthénie, hypotension, hypoglycémie, anémie avec abaissement du métabolisme basal et de l'A. D. S., ce même auteur n'a observé aucune action de l'extrait thyroïdien (Elityran Bayer 4 cc. x 9); par contre, la substance thyréotrope provoque *un relèvement de l'A. D. S.* des protéines et du débit uréique, ensuite une élévation du métabolisme basal. La pituitaire semble détruite, mais la présence de son produit de sécrétion y supplée ici; en arrêtant le traitement on assiste alors à une chute du métabolisme basal et de l'A. D. S.

Mahaux s'est également livré à l'étude du *syndrome basedowien et para-basedowien :*

— Dans le cas de goître simple avec métabolisme basal non augmenté les résultats sont comparables à la normale.

— Dans l'hyper-thyroïdie chronique bénigne, l'*A. D. S. est augmentée* compensant la faible teneur du métabolisme et la courbe d'hyper-amino-acidurie est normale après ingestion du glycocolle. La décharge uréique se fait dans les délais normaux.

— Dans le syndrome para-basedowien avec signes cliniques d'hyper-thyroïdie et métabolisme basal normal, on a observé une abolition de l'A. D. S. des *protéines* avec nivellement du débit uréique comme chez les malades atteints d'insuffi-

sance neuro-hypophysaire. L'auteur, malgré l'opinion de Marcel Labbé croit ici à une participation thyroïdienne avec hyper-thyroïdie réelle dont l'action sur le métabolisme basal est annihilée par un effet compensateur central. Il semble s'établir spontanément chez les malades une thyroxino-résistance relative comme dans la maladie de Simmonds. L'abolition de l'A. D. S. des protéïnes parait être une autre conséquence de la mise en jeu de ce mécanisme compensateur qui consiste en une inhibition de production de la thyréo-stimuline tendant à mettre la thyroïde au repos et à maintenir sa sécrétion. Max Aron et Loeser avaient déjà fait pareille constatation. En effet, dans la maladie de Basedow l'augmentation de volume de l'hypophyse refléterait non une hypersécrétion de thyréostimuline comme le croit Drouet, mais une rétention des produits de sécrétion comme le pense Zondek. Ces hyper-thyroïdiens compensés sont en état d'équilibre instable qui paraît être rompu en une occasion quelconque où l'on assiste alors à une poussée d'hyper-thyroïdie. Thomson et Starr par des injections de substance thyréotrope à des hyper-thyroïdiens ont vu une exacerbation des signes d'hyperthyroïdie et une hausse considérable du métabolisme. Il est probable que les poussées successives au cours de la maladie de Basedow ont un mécanisme analogue. Pour Loeper, Lemaire et Tonnet les états thyroïdiens dépendraient surtout d'un équilibre protéique sanguin: l'augmentation de la sérine est relative, la diminution de la globuline est réelle. L'iode, le borate de soude, la radiothérapie et les thyroïdectomies partielles semblent élever cet équilibre en relation sans doute, disent ces auteurs. avec l'A. D. S. des protéïnes. Du Bois aurait vu dans la maladie de Basedow une A. D. S. normale.

Dans un cas de maladie de Basedow avec métabolisme basal augmenté de 30 %, nous n'avons pas vu le glucose, la peptone et l'acide oléïque modifier ce métabolisme : le premier et le troisième ont diminué au cours de la deuxième heure l'excrétion d'azote.

OBÉSITÉ.

May et Faulong ont étudié 34 cas d'obésité : l'A. D. S. serait *plus faible que chez les sujets normaux,* mais se tient toujours aux environs de 13,7 %. En examinant le rapport entre l'abaissement de l'A. D. S. et l'origine de l'obésité, ces auteurs ont été conduits à distinguer les obésités d'origine alimentaire, celles qui sont liées à un état endocrinien et les obésités avec acrocyanose. Dans les obésités endocriniennes, on a en général le tableau clinique adiposo-génital et la valeur moyenne de l'A.D.S. a été de plus 11 %. Dans le cas d'obésité avec acro-cyanose, l'A.D.S. a été de plus 12 % comme valeur moyenne et dans les obésités d'origine alimentaire, de plus 18,2 %; le pouvoir dynamique spécifique dans ce dernier cas est sensiblement normal, alors que dans les autres il est nettement abaissé. Cela correspond d'ailleurs aux chiffres donnés par les auteurs allemands. *On ne peut cependant se servir de ce test pour en faire un test de lésion hypophysaire,* car si les chiffres donnés ci-dessus représentent une valeur moyenne de l'A. D. S., il est par contre aisé de trouver des chiffres inférieurs à plus 10 % dans des cas d'obésité alimentaire et par contre un cas de plus 26,4 % dans un cas nettement hypophysaire. Il faut en déduire et c'est l'avis de Fulton et Cushing, qui ont fait des statistiques à ce sujet, que les syndromes hypophysaires caractérisés ne s'accompagnent pas régulièrement d'un abaissement de l'A. D. S. et qu'il n'est pas certain que les obésités accompagnées de troubles génitaux soient de nature hypophysaire contrairement à ce qu'affirment Rahel Plaut, Kestner et Shadow. De plus, l'abaissement de l'A. D. S. chez l'obèse, ne serait pas dû à un facteur thyroïdien, car l'A. D. S. est dans le myxœdème à peine inférieure à la normale et chez les hyper-thyroïdiens souvent normale. Nous avons vu plus haut que Mahaux n'est pas du tout de cet avis. Pour conclure, parmi les obésités observées, *seules celles d'origine endocrinienne ont une A. D. S. nettement abaissée.* mais ceci est encore trop inconstant pour en faire un test clinique d'origine hypophysaire.

Rivoire attire l'attention dans les cas d'obésité sur le fait qu'il faut toujours retrancher pour le calcul les deux tiers de la différence du poids réel et du « poids idéal », le tissu graisseux qui contribue à l'élévation ayant une vie ralentie, d'où fonction thyroïdienne normale et métabolisme bas.

DIABÈTE.

Noël Fiessinger, dans *un cas de diabète avec acidose,* a vu au cours de l' « épreuve calorique » une flèche glycémique atteindre 1,74, mais l'augmentation du métabolisme calorique ne dépassait pas 31,3 avec une différence de consommation d'oxygène de 4 l. 75.

Elner, Ptaszek et Scheps ont vu l'A. D. S. s'abaisser chez un homme normal après 30 unités d'insuline, pour ces auteurs il y aurait *augmentation de l'A. D. S. chez le diabétique;* cependant, sa valeur est assez inconstante et l'action de la thérapeutique insulinique consisterait justement à l'abaisser.

Nous avons étudié à ce point de vue cinq diabétiques : une injection de 10 unités d'insuline a été pratiquée en même temps que l'absorption de diverses substances chez quatre d'entre eux; chez un autre, qui recevait normalement 40 unités d'insuline, l'injection n'a pas été pratiquée lors des expériences. L'absorption du glucose a augmenté le métabolisme et diminué l'excrétion d'azote dans trois cas sur cinq. Chez un autre, le métabolisme ne s'était pas modifié non plus que l'excrétion d'azote; il s'agissait d'un diabète léger. Chez le cinquième qui n'avait pas reçu d'insuline, il n'y a pas eu non plus de modification.

L'acide oléïque chez les cinq malades n'a pas modifié le métabolisme, si ce n'est dans les proportions infimes et a légèrement diminué l'excrétion d'azote.

La peptone a augmenté le métabolisme dans des proportions du reste modérées chez les quatre sujets qui avaient reçu de l'insuline et diminué légèrement l'excrétion d'azote. Le quotient respiratoire s'est élevé légèrement dans ces quatre cas. Chez le sujet qui n'a pas reçu d'insuline, il n'y a pas eu de modification. Les causes d'erreurs nombreuses dans la mesure du métabolisme basal nous engagent à être prudents dans ces conclusions : il semble néanmoins que chez les diabétiques, après injection d'insuline, la peptone aït une A. D. S. forte puisque sans augmentation de l'azote urinaire, le métabolisme basal s'est nettement élevé chez nos quatre sujets. Nos résultats sont donc on le voit, opposés à ceux de Elner, Ptasek et Scheps; bien que la dose d'insuline employée n'ait pas été la même que celle utilisée par ces auteurs, on s'explique cependant assez bien que 10 unités permettent plus facilement l'utilisation glucidique des acides aminés.

CAS DIVERS

Noël Fiessinger et ses collaborateurs ont étudié *un cas de cortico-pleurite* tuberculeuse, un cas de *polynévrite,* un cas de *myopathie,* un cas de *néphrite chronique* avec érythèmes : ils n'ont pas trouvé de modification de l'A. D. S. par rapport à un lot de sujets-témoins.

Mahaux, en pratiquant la mesure de l'A. D. S. après épreuve au glycocolle dans un cas de *xanthomatose osseuse généralisée,* a vu une *abolition complète de l'A. D. S.*, et un nivellement du débit uréique. La radiographie montrant une selle turcique normale, il y a lieu, pense-t-il, de songer à des troubles thalamo-hypophysaires primitifs avec dystrophie adiposo-génitale.

Topper et Rosenberg, en comparant le pourcentage d'élévation du métabolisme basal dans la *tuberculose de l'enfant* et de l'adulte, le trouvent normal chez le second, alors qu'il est augmenté chez le premier; ceci serait en relation avec la plus intense réaction du tissu lympathique chez l'enfant.

CONCLUSIONS.

L'étude critique des nombreux travaux consacrés à l'A. D. S. et les quelques recherches personnelles que nous avons poursuivies sur ce sujet, nous permettent, croyons-nous, de tirer, parmi beaucoup d'incertitudes, quelques conclusions précises.

La vieille définition de Rubner : « L'A. D. S. est l'accroissement de production de chaleur qui suit l'ingestion des principales matières nutritives ou de certains de leurs principaux produits de dégradation » convient encore parfaitement à la conception actuelle de l'A. D. S.

Multiple et complexe en son substratum chimique et biologique l'A. D. S. des aliments représente un phénomène essentiellement vital. L'excès de calories que les aliments obligent l'organisme à consommer traduit dans une certaine mesure la vitalité tissulaire. Il est regrettable que les expériences comparées chez les Pœcilothermes et les Homœothermes n'aient pas abouti à l'obtention de chiffres précis et comparables et n'aient pas permis de saisir dans l'A. D. S. des aliments, une des explications que cette dernière renferme peut-être des différences que présentent les animaux dans leur régulation thermique.

Chez les êtres supérieurs, le système nerveux, les glandes endocrines, le foie, unis par un appareil régulateur neuro-humoral, paraissent chargés d'assurer ce phénomène.

La mesure de l'A. D. S. est, à priori, une excellente méthode d'exploration clinique. Elle se heurte malheureusement à des difficultés techniques considérables qui font qu'entre les mains des meilleurs expérimentateurs, des chiffres très discordants peuvent être obtenus. Sans doute, y a-t-il lieu, en l'absence de méthode précise et exacte, de séparer pour l'instant des recherches biologiques proprement dites dont nous attendons la lumière, les techniques beaucoup plus grossières, voire sans prétention scientifique, qui peuvent cependant, en clinique, apporter des résultats intéressants.

L'imperfection des moyens dont nous disposons pour mesurer l'A. D. S. nous oblige à retenir des recherches cliniques plus un résultat qualitatif que quantitatif. C'est dans le sens de la plus ou moins grande élévation du métabolisme, de l'abaissement ou de l'augmentation de l'excrétion azotée après l'absorption alimentaire sans que les chiffres absolus paraissent avoir pour l'instant beaucoup de valeur, que doit se concevoir aujourd'hui, à notre avis, la notion d'A. D. S. en pathologie. — D'une série de cas cliniques étudiés par les divers auteurs et par nous-mêmes, il semble résulter que la valeur de l'A. D. S. est toujours liée à l'état du *tissu hépatique* et *neuro-endocrinien.*

L'étude de l'A.D.S., au cours d'un certain nombre de maladies de la nutrition, permet et doit surtout permettre à l'avenir de jeter un regard direct sur la vitalité tissulaire que la mesure du métabolisme basal aura déjà fait entrevoir.

BIBLIOGRAPHIE

La liste des nombreux travaux consacrés à l'A.D.S. est exposée dans les ouvrages suivants :

1°) jusqu'en 1932.

AUBEL (E.) et SCHAEFFER (G.) : L'action dynamique spécifique des protides ;
Rapport à la 6e réunion de l'Association des Physiologistes, Lille, mai 1932.
Ann. Physiol. Physico-chim. biol. *8,* 262-327 ; 1932.

2°) après 1932.

SCHAEFFER (G.) et LE BRETON (E.) : L'action dynamique spécifique des protides.
Actualités scientifiques et industrielles. Hermann et Cie 1938, nos 641-642, 170 p.

COURTOIS (J.), : L'action dynamique spécifique des aliments. Etude de son comportement physio-pathologique.
Thèse de Médecine, Marseille, 1938.

WURMSER (R.) et CHEVILLARD (L.) : Energétique. Métabolisme de base. Thermorégulation : Actual., science et indust., Hermann et Cie, 1938, n° 646.

L'HYSTÉRIE ET LE PITHIATISME VUS PAR UN PSYCHIATRE (1)

Dans un travail consacré à l'Hystérie, M. Gelma (de Strasbourg) s'attache à montrer que le problème de l'Hystérie n'a pas été éclairci, comme on l'a admis jusqu'ici, par la révision qu'en a faite Babinski. Au grand neurologue revient l'immense mérite d'avoir délimité la sémiologie des troubles liés aux lésions portant sur les centres ou les voies de conduction, de celle que peut produire la cérébralité psychique. Mais là où l'on ne saurait demeurer d'accord avec lui, c'est sur l'explication qu'il a donnée, avec les conséquences que l'on sait, de la phénoménologie hystérique et qu'il a traduite par le terme de « *pithiatisme* », fondé :

1) sur une pétition de principe, la détermination de ce qui peut et de ce qui ne peut pas être réalisé par l'action psychologique volitionnelle ou inconsciente ;

2) sur l'interprétation psychologiquement inexacte des résultats thérapeutiques obtenus par la coercition, et

3) sur une confusion entre la croyance erronnée plus ou moins sincère en des troubles inexistants et l'état mental bien spécifique et tout à fait morbide qui les figure.

Babinski a observé en neurologie, avec la discipline des sciences biologiques, des troubles psychologiques qui échappent entièrement à cette méthodologie, et il s'est basé sur une fausse interprétation de mentalités pathologiques qui, malgré toutes les apparences de la pensée normale, restent proprement insaisissables et incompréhensibles par l'examen direct.

L'A. croit que le « *pithiatisme* », dans son sens étymologique et avec l'acception qu'on lui a donnée, n'a pas, au fond, grand'chose à voir avec l'hystérie.

Ce n'est pas la « *persuasion* » qui fait disparaître les symptômes dits « *pithiatiques* », car autrement le traitement par l' « attaque brusquée » n'aurait pas de sens. On ne réduit, en effet, une croyance, une « persuasion » et même une conviction erronées que par le redressement de cette erreur à l'aide de procédés de raisonnement et non par des moyens coercitifs. Ceux-ci n'agissent que parce qu'ils introduisent dans la psychicité des traumas d'ordre émotionnel dissociateurs de complexes. L'expérience prouve d'ailleurs que ce n'est pas en s'adressant à la compréhension des malades, en les « dépersuadant », qu'on leur fait disparaître les troubles dits « *pithiatiques* », mais en provoquant chez eux des réactions émotives et des courants affectifs, variables en efficacité suivant la personnalité et la manière d'être du thérapeute. En outre, les constatations et les rapprochements montrent que les états mentaux hystériques s'apparentent singulièrement à la *schizophrénie*, et que les malades qui apparaissent, à notre manière de voir normale, comme mythomanes, mythoplastiques, suggestibles, pervers et animés uniquement du désir d'attirer sur eux l'attention, allant même jusqu'à agir contre leurs intérêts immédiats, traduisent en réalité des phénomènes endopsychiques de dissociation, d'isolement des représentations hors de la conscience claire.

(1) Archives de Neurologie de Bucarest du Dr Paulian, janv 1938.

La critère, classique aujourd'hui, du « *pithiatisme* » : « *série de troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude parfaite* », s'avère des plus infidèles, puisque des activités physiologiques que l'on admettait jusqu'ici comme formellement indépendantes de la cérébralité psychique peuvent être en réalité contrôlées et influencées par la volonté, et que certaines affections tissulaires que l'on a toujours considérées comme échappant absolument à l'action psychique, peuvent naître dans des conditions où toute supercherie est exclue, sous l'influence d'un état purement psychopathologique ou disparaître par la psychothérapie. Parmi ces phénomènes doivent se comprendre ceux de l'*hystérie-physiopathique* que l'on a précisément rejetés de l'hystérie parce qu'ils ne sont pas « *pithiatiques* » au sens donné par Babinski, et qui cependant, pour beaucoup d'observateurs, ne peuvent qu'être de nature hystérique, c'est-à-dire relever d'un « *état psychopathique constitué par un ensemble de processus dissociés de la personnalité consciente, dont les syndrômes les plus divers de la pathologie qu'elle figure sur l'organisme sont susceptibles de disparaître avec les « affects » insconscients dont ils sont les traductions en clair, lorsque ceux-ci se trouvent détruits par l'action de chocs émotifs ou de courants affectifs qu'une entreprise de thérapeutique quelconque a provoqués* ».

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

AUTOUR DU PROJET POMARET

Pour le projet : une lettre de M. Masmonteil.

Notre collègue F. Masmonteil nous demande, afin de faire connaitre toutes les opinions, de publier la lettre suivante. Nous le faisons bien volontiers.

« La situation d'avant-guerre permettait souvent à un homme de vivre très confortablement tout en s'assurant une retraite convenable. Il laissait ainsi à ses enfants un capital suffisant pour leur permettre soit une oisiveté absolue, soit un dilettantisme fantaisiste, soit des possibilités d'études dispendieuses, ou d'installations somptueuses. Ces résultats ne sont plus possibles aujourd'hui, ou ne restent à la disposition que d'une infime minorité. Si le travail débarrasse quelques élus des soucis de la vieillesse, la majorité des Praticiens ne peut plus espérer la quiétude pour ses vieux jours, comme en témoignent tous ceux qui ont recours à nos œuvres professionnelles. Nos Confrères aujourd'hui n'ont ni le pouvoir, ni le moyen de prévoir à l'avance les variations de la monnaie, les bouleversements sociaux et économiques.

Aussi les plus prévoyants et les plus dévoués d'entre nous, ont élaboré un Système de retraite basé non sur l'égoïsme, mais sur la solidarité, non sur l'individu, mais sur la profession.

Les Praticiens âgés recevraient de leurs Confrères des sommes leur permettant de vivre dignement, à la condition d'abandonner l'exercice de la profession et de ne plus leur faire de concurrence, à un âge où toutes les Administrations donnent la retraite, et cela quelle que soit la durée de leurs versements. Tous également, jeunes et vieux obtiendraient en cas de décès prématuré une retraite pour leur épouse, et

des secours immédiats pour leurs enfants. Tous également, en cas de maladie, auront leur prime assurée par l'organisation elle-même.

Tels sont les avantages extraordinaires que peut apporter une œuvre collective et qui ne peuvent exister dans les Assurances habituelles, où la durée et le règlement des versements sont exigés, où la retraite de la veuve n'est pas envisagée, pas plus que les secours aux enfants, où des délais de carence sont prévus, où la maladie est une cause d'élimination ou de surprime.

Cet effort collectif professionnel permet d'obtenir ces résultats et à un prix moindre que celui nécessité par une Assurance Individuelle de même importance ainsi que le démontrent les travaux d'actuariat.

Les versements sont *obligatoires*, c'est ce qui heurte certains sentiments ; mais il est impossible de faire autrement. Comment éviter les « resquilleurs » qui réclameraient une retraite en cas de misère ou de gêne sans avoir jamais fait aucun effort personnel ?

On objecte encore que, pour notre Profession libérale, « c'est se diriger vers le fonctionnarisme », mais les Anciens Professeurs de la Faculté, ont-ils souffert de cette fonctionnarisation qui leur a fait une retraite ?

Alors pourquoi en refuser une semblable aux simples Praticiens qui se sont prodigués au Service de la Société ?

Par cette création, le Corps Médical donnerait aux autres professions un bel exemple d'organisation corporative, libre, sans recours à l'Etat. La retraite professionnelle du Médecin Français constituerait une réalisation d'entr'aide mutuelle basée sur la solidarité, j'oserais dire sur la charité au sens originel du mot car dans le domaine de la vie et de la morale, toutes les philosophies et toutes les religions se rejoignent. »

F. MASMONTEIL.

Contre le projet : une lettre de M. Cunéo.

L'Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris, continuant son enquête, nous communique d'autre part la lettre suivante du Professeur Cunéo, adressée à M. Mordagne, délégué permanent de la Corpo.

« Mon cher Mordagne,

« Si j'ai bien compris, la retraite du médecin est essentiellement assurée par les versements de celui-ci. Elle constitue moins une retraite qu'une assurance, se terminant à un âge fixé d'avance. Dans ces conditions *je ne vois pas pourquoi elle aurait comme conséquence l'interdiction de profiter des prérogatives du grade de docteur en médecine.*

Quant au fait de supprimer le bénéfice de la retraite à celui qui voudrait encore exercer, après avoir fait pendant toute sa vie professionnelle les versements réglementaires, *c'est un véritable abus, pour ne pas dire une escroquerie qualifiée.*

Veuillez agréer, mon cher Mordagne, l'expression de mes sentiments les plus sympathiques.

BERNARD CUNÉO,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris. »

Déclarations de M. le Sénateur Léon Bérard.

Enfin, *la Corpo a envoyé son délégué permanent M. Mordagne, demander son avis à M. le Sénateur Léon Bérard, de l'Académie française, membre d'honneur de la Corpo et qui, on le sait, a toujours défendu vigoureusement le diplôme de docteur en médecine contre toutes les atteintes.*

Voici les déclarations extrêmement importantes de l'éminent homme d'Etat :

— « Vous m'avez présenté, dit M. Léon Bérard, un texte intitulé PROJET DE *loi tendant à instituer une retraite professionnelle des médecins français ;* au-dessous du titre suivent les noms de 7 ministres *qui n'ont pas encore signé ce projet.* Une note hors-texte précise ce détail et ajoute que le *Ministère du Travail a étudié avec un soin tout particulier le présent texte ;* or, l'exercice de la médecine est rattaché au Ministère de la Santé publique jusqu'à nouvel ordre !

Comment peut-on annoncer d'autre part et *à l'avance* les noms des futurs signataires d'un projet qui n'est pas un projet de loi bien qu'il en porte le titre.

Sachez que tout projet de loi est généralement signé en Conseil des Ministres par le ou les Ministres intéressés, puis imprimé, enfin déposé sur le bureau de la Chambre ; après quoi, lorsqu'il est distribué aux Parlementaires, on peut le publier dans les journaux.

Annoncer par conséquent aux médecins l'apparition d'un projet de loi dans de telles conditions est une anomalie. »

— « Ce qui est plus grave encore, c'est le texte de ce projet, ajoute M. Léon Bérard : l'exposé des motifs précise, en effet, *que la retraite instituée serait facultative, mais quelle ne pourrait être attribuée qu'aux médecins ayant cessé toute activité professionnelle,* et celà à partir de l'âge de 65 ans. Bien mieux, *on demanderait une contribution aux médecins âgés qui continueraient à exercer sans bénéficier de la retraite !* c'est invraisemblable... on *pénaliserait* donc ces derniers bien que l'autorisation à eux accordée d'exercer leur profession au-delà de 65 ans, soit *légale :* cette prétention parait *exorbitante !*

D'autre part, je connais assez le Sénat pour dire qu'il n'acceptera pas de faire percevoir par les agents du Fisc les cotisations *obligatoires* des médecins pour les verser ensuite à l'établissement *privé* que serait la *caisse professionnelle autonome de retraite et de prévoyance des médecins français.*

Vous savez bien que l'Etat n'est pas habitué à pareilles largesses, et il vaut mieux pour tous qu'il en soit ainsi. J'ajouterai un dernier mot, c'est que le médecin qui voudrait continuer à exercer après 65 ans aurait fait des versements durant sa vie professionnelle *en pure perte*, et celà aussi donnera lieu à des difficultés sérieuses devant le Sénat.

M. Léon Bérard ajoute combien ses collègues tiennent au maintien des prérogatives attachées aux diplômes universitaires, ce qui est en opposition avec les principes nouveaux énoncés dans le texte de l'actuel projet.

« Les médecins, que je sache, ne sont pas des fonctionnaires ; s'ils ont envie de le devenir, ce qui n'est pas l'intérêt des malades, ils n'ont qu'à continuer dans cette voie ; ils n'ont pas besoin d'une loi pour se constituer une retraite ! ».

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Vendredi 7 juillet. — Jury : MM. Robert Debré, Fiessinger, Harvier, Lardennois. — M. Mmes DUCHÊNE-BOURCART. Quatre lobectomies pour dilatation des bronches. — M. LITMAN. Contribution au traitement des tétanies graves. Sympathectomie cervicale moyenne et greffe d'os purum. M. GUÉRET. Le traitement des pneumococcies par le (para-amino-benzine-sulfamido) pyridine. — M. LARCELET. La lévulosurie pure. — M. DE CHIRAC. L'action de l'éphédrine et de l'adrénaline sur les pancréatites aigües à leur stade initial. — M. SZAJNFELD. Sur la forme froide des granulies pulmonaires. — M. WUEST. La tétanie grave dans les premiers jours de la vie.

Samedi 8 juillet. — Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Leroux, Halphen. — M. BUQUEN. Contribution à l'étude de l'invagination intestinale par le diverticule de Meckel. — M. CIUONTI. Une nouvelle technique de la réparation des tendons fléchisseurs au niveau des doigts. — M. FOURNEY. Contribution à la thérapeutique des fractures de la diaphyse fémorale chez l'adulte. Association de l'ostéo-synthèse et de la traction de la broche de Kirschner. — M. LE BIHAN. Contribution à l'étude du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre par suture simple. — M. SIMON. Infarctus intestinal d'origine herniaire. — M. TROPETER. Etude de quelques cas chirurgicaux traités par la chimiothérapie. — M. MOLLINARD. Le syndrôme de la fente sphénoïdale. — M. BARBET. Sur un cas d'épithélioma de la parathyroïde.

Jury : MM. Pierre Duval, Laubry, Terrien, Velter. — M. DEBIDOUR. Rôle de la pression continue dans l'évolution des fractures diaphysaires. — M. PRASLON. Etude clinique et thérapeutique des occlusions post-opératoires d'origine appendiculaire. — M. ARNO. Les tumeurs lymphatiques primitives et localisées du tube digestif sous-diaphragmatique. — M. KRAFT. Contribution à l'étude des manifestations oculaires du molluscum contagiosum. — M. MAS. A propos d'un cas d'amaurose transitoire suivie d'hémianopsie au cours d'une néphrite avec rétention chlorurée. Rôle du spasme et de l'hypertension artériels surajoutés à celui de l'œdème cérébral. — M. Mmes STAVRÉ-BEAUGHON. A propos d'un cas de monocytose infectieuse aigüe bénigne avec séro-diagnostic négatif. — THOUÊNON. Les pseudogliomes de la rétine.

Jury : MM. Champy, Tanon, Boulin, Chevallier. — M. Mmes LAVERGNE. Essai sur la stérilité conjugale. — MOLITOR. Le reclassement social des tuberculeux par leur réadaptation au travail. — M. FAYOIN. Prophylaxie du saturnisme dans un atelier de carrosserie automobile. Méthodes et résultats. — M. MORIN. Influence de l'électricité atmosphérique sur l'organisme normal. — M. OHAYON. Etat actuel de la prévention de la toxi-infection diphtérique par l'anatoxine de G. Ramon. — M. RANDRIAMANA. Contribution à l'étude du problème démographique de Madagascar. — M. SCHROTTER. Le traitement de la gale par le benzoate de benzyle en suspension cellulosique. — M. VOLCAN. Contribution à l'étude des modes d'action des venins de serpent.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 5 juillet. — Jury : MM. Lemierre, Lesbouyries, Panisset. — M. HUNAULT. Complications de la fièvre aphteuse : abcès profonds A B de Poels.

Vendredi 7 juillet. — Jury : MM. Lœper, Bresson, Vergé. — Mme SALOMON, née BALSSA. Origine infectieuse des tumeurs et virus cancérigènes en pathologie comparée. Etude critique.

INFORMATIONS

(Suite de la page 934)

Inspection départementale d'hygiène et bureaux d'hygiène. — M. le docteur Deschamps, directeur du bureau d'hygiène de Saint-Denis, est nommé directeur du bureau d'hygiène du Havre.

Centre d'Etudes de la Fondation d'Heucqueville. — Le Centre d'Etudes de la Fondation d'Heucqueville, reconnue d'utilité publique, 81-85 Bld Montmorency à Paris, donne un enseignement élémentaire comprenant un cycle annuel de 75 leçons : tous les lundis d'hiver à 11 h. sur l'*hérédité biologique*, tous les lundis d'été à 11 h. sur l'*assistance* au premier âge ; tous les vendredis à 11 h. sur la *puériculture ;* ces leçons se complétant de travaux à la bibliothèque et au laboratoire, et d'un stage pratique d'une année dans la Pouponnière Modèle de la Fondation, en qualité d'élève externe ou interne.

Cet enseignement s'adresse aux jeunes filles, futurs médecins, sages-femmes, assistantes sociales, infirmières, jardinières d'enfants, professionnelles de la puériculture, ou même mères de famille, désireuses d'acquérir une formation solide et pratique sur les problèmes de la natalité et de la première enfance.

Chaque année les élèves se renouvellent en 3 séries dont chacune commence le cycle annuel le premier lundi de mars, juillet et novembre respectivement. A l'appui des demandes d'inscription, produire diplômes, états de service et attestations de bonne conduite.

Aux candidates agréées, la Fondation dispense gratuitement l'enseignement avec les avantages suivants (pour les internes) : nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Dans chaque série, les chambres individuelles et les postes d'internes sont attribués, en cas de surnombre, selon un classement établi sur les titres produits par le bureau du Conseil d'Administration de la Fondation.

Ouverture de la série de novembre 1939, *lundi 6 novembre,* à 10 h. ; à 16 h., leçon inaugurale par le Professeur Laignel-Lavastine, membre du Conseil d'Administration, membre de l'Académie de Médecine.

Chirurgie de la main. — I. — Livre du praticien : Plaies, infections et traumatismes de la main par Marc ISELIN, chirurgien de l'Hôpital américain. — Un volume de 320 pages, avec 135 figures : 65 fr. Masson, édit., Paris.

Ypérite, le plus redoutable des gaz de combat. Etude générale par MM. ANGLADE et IMBERT. — Un vol. in-4°. 112 pages. Le François, éditeur, janvier 1939, 10 fr.

LIVRES NOUVEAUX

La médecine d'urgence : symptômes, diagnostic, traitement immédiat, formulaire, 7e édition revue et augmentée par J. ODDO. — Un vol. in-8° de 840 pages : 120 fr. G. Doin, édit., Paris.

Tout en lui gardant son caractère essentiellement clinique et pratique l'auteur a remanié complètement cet ouvrage, se bornant à ajouter à certains sujets les perfectionnements que la technique et la thérapeutique modernes y ont apportés, remettant par contre complètement au point les questions que les conceptions actuelles permettent d'envisager sous un jour tout différent: tels l'asthme et les pseudo-asthmes, les insuffisances cardiaques aigües, l'angine de poitrine, l'urémie, l'épilepsie, l'hystérie, la goutte et le coma diabétique. On trouvera, de plus, traité dans le même esprit, un certain nombre de chapitres, de notes ou de tableaux synoptiques nouveaux concernant des affections médicales d'urgence qui n'avaient pas trouvé leur place dans ce volume jusqu'à ce jour, soit qu'encore mal différenciées elles aient été mêlées à des affections voisines tels l'infarctus du myocarde et les salmonelloses, soit que certains progrès de la thérapeutique aient créé des dangers nouveaux tels que les accidents du pneumothorax thérapeutique, le coma insulinique et l'intoxication barbiturique, soit enfin que la science moderne s'étant, hélas ! appliquée à détruire, il faille chercher à en combattre les effets nuisibles, telles les intoxications par les gaz de combat.

Remis ainsi en quelque sorte à neuf, le médecin et l'étudiant trouveront dans ce livre tout ce qui en a fait le succès, complété par les données de la science les plus modernes.

Réactions vésiculaires et cholécystites, par le Dr Etienne CHABROL, médecin de l'Hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume de 187 pages : 40 fr. J.-B. Baillière, édit., Paris.

Après avoir constaté le discrédit illégitime dont souffre à l'heure actuelle la chirurgie vésiculaire l'auteur en trouve la raison dans l'abus que l'on a fait, après la guerre, de la conception doctrinale des « cholécystites ». Une vésicule douloureuse n'est pas nécessairement une vésicule enflammée et c'est courir le risque de séquelles opératoires fort regrettables que d'enlever un cholécyste dont le jeu physiologique est encore satisfaisant.

Il importe donc de définir exactement le vaste domaine des réactions vésiculaires qui comprend dans son étiologie non seulement la lithiase biliaire et les cholécystites, mais encore les stases vésiculaires sans calculs, les flux bilieux des états cholémiques, les répercussions réflexes et inflammatoires des colites et de l'appendicite, les dystonies d'origine endocrinienne et neuro-végétative.

L'auteur en discute attentivement le diagnostic.

Il consacre deux importants chapitres au traitement médical et au traitement chirurgical des réactions vésiculaires simples et des cholécystites, envisageant, à leur propos, les données les plus récentes de la diététique et de l'endocrinologie, l'emploi des cholagogues et des cholérétiques, l'orientation thermale et climatique, les indications et les avantages respectifs de la cholécystostomie et de la cholécystectomie.

PRATIQUE MÉDICALE

Quelques considérations sur le traitement sympathicolytique par le tartrate d'ergotamine des troubles psychopathiques liés à un déséquilibre neuro-végétatif, par A. BELEY, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. (*Le Monde médical*, n° du 15 janvier 1938.)

Le fonctionnement normal ou pathologique du système vago-sympathique est régi par la loi de l'amphotropisme : toute action qui tend à élever ou à diminuer le tonus d'une des branches de ce système nerveux, modifie secondairement et dans le même sens la branche antagoniste. Il n'est donc plus possible de parler d'hyper et d'hypotonie vagale ou sympathique. mais de dysamphotonie vago-sympathique, bien que, à un moment donné, tout individu présentant des troubles neuro-végétatifs, puisse manifester un tonus général à prédominance, soit hyper-sympathique ou hypervagale, soit hyposympathique ou hypovagale.

Une fois connu chez le malade, le sens de la dystonie, deux thérapeutiques sont possibles. On peut agir directement, en plus ou en moins, sur le système prédominant ou, au contraire, chercher à modifier son frénateur naturel, c'est-à-dire le système antagoniste.

Ayant à traiter des psychoses évoluant sur un terrain neuro-végétatif à prédominance ortho-sympathique, le docteur Beley a adopté la première méthode et s'est adressé aux sympathicolytiques, en choisissant le chef de file de ces médicaments, c'est-à-dire le tartrate d'ergotamine ou gynergène.

Les recherches ont porté sur des malades à constitution hyper-émotive, dont l'affectivité est en état permanent d'instabilité passant, selon les sujets, par des périodes d'excitation et de dépression. Certains de ces malades réagissent surtout par des accès de manie franche, tandis que d'autres présentent, à intervalles réguliers, des phases de mélancolie.

Les signes d'hypersympathicotonie se rencontrent aussi au cours des psychoses délirantes. Ils sont fréquents et presque typiques chez les obsédés, les phobiques et les psychasténiques. Ils se manifestent par de l'hypertrophie thyroïdienne, par des signes basedowiens, des dermatoses (notamment des crises urticariennes), des vertiges, de la tachycardie paroxystique, etc...

Dans la majorité des cas traités par le gynergène, un fait est frappant : c'est la disparition totale de l'anxiété. Le tartrate d'ergotamine permet un traitement efficace des états anxieux caractérisés par des troubles psychiques obsessionnels greffés sur un terrain émotif à prédominance hypersympathicotonique.

Dans les cas où l'examen du malade révèle une atteinte sous-corticale probable, dans la démence précoce et la débilité mentale, le gynergène peut faire régresser les phénomènes anxieux surajoutés, sans agir nécessairement sur la base profonde des troubles psychiques.

La médication ergotaminique agit nettement sur les psychasténiques simples, les obsédés, les petits excités à bouffées hypomaniaques, au cours de leurs phases d'anxiété avec dysamphotonie hypersympathicotonique.

Tous ces faits sont d'autant plus encourageants qu'aux doses indiquées, soit LX gouttes de gynergène par jour, le traitement ne présente aucun inconvénient, l'auteur n'ayant observé aucun incident particulier pendant toute la durée de son expérimentation.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imprimerie Henry Maillet, 3, rue de Châtillon, Paris.

N[os] 55-56. — 12-15 JUILLET 1939. 112[e] ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6[e]. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6[e]) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.
L'anxiété vestibulaire, par M. le Professeur J.-A. BARRÉ (de Strasbourg).

Sociétés Savantes.
Académie des Sciences — Académie de Médecine.

Congrès.
VI[e] Congrès des Médecins Conseils et Contrôleurs.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Pratique Médicale.

Intérêts Professionnels.
La Fédération corporative des médecins de la région parisienne contre le projet Pomarel.

Notes pour l'Internat.
Formes cliniques des purpuras, par M. G. LESUEUR.

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiâtriques. — Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'hôpital psychiâtrique de Lorquin (Moselle) par suite du départ de M. le docteur Hédovin, appelé à un autre poste.

Conseil Supérieur de l'Instruction Publique. — Comme nous le laissions prévoir, *le projet autorisant les étrangers à prendre part au concours d'agrégation des Facultés de Médecine* a soulevé de vives *protestations*. Le D[r] Cousin, député, le D[r] Armbruster, sénateur, ont déposé des demandes d'interpellation. Voici, d'après *Le Temps*, des précisions sur ce projet qui a été adopté par le Conseil Supérieur, après l'exposé d'un rapport du Professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon :

Les candidats devront avoir fait un stage de deux ans dans une Faculté française et *s'engager, sous peine de déchéance de leur titre d'agrégé, à ne pas utiliser ce titre pour l'exercice d'une profession lucrative en France ou aux colonies ; ils seront admis en surnombre et n'auront pas le droit d'exercer les fonctions d'agrégé dans une Faculté ou Ecole de médecine de France ou des colonies.* Le projet a été adopté sans opposition.

Le Conseil a encore adopté un projet de *création d'un diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.*

Il a adopté enfin le projet relatif aux *classes d'orientation*, mais non sans un débat très important dans lequel M. Binon, représentant des agrégés des lettres et M. Couissin, représentant des agrégés de grammaire, ont montré avec force les graves inconvénients de cette « expérience » qui devient une « création réglementaire ».

Facultés de Médecine. — CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Sont proposés :

PARIS. — *Médecine générale* : MM. Cachera, Lenègre, Soulié, Brouet, Garcin, Marchal, Delay.

Médecine légale : M. Desoille.

Bactériologie : M. Bonnet.

Anatomie pathologique : M. Delarue, Mlle Gauthier-Villars.

AIX. — *Médecine générale* : MM. Audier et Recordier.

ALGER. — *Médecine générale* : MM. Thiodet et Sarrouy.

BORDEAUX. — *Médecine générale* : MM. Laric et Dubarry.

LILLE. — *Médecine générale* : MM. Warembourg et Verhaeghe.

Anatomie pathologique : M. Driessens.

NANCY. — *Médecine générale* : MM. Michon et Neimann.

Lyon. — *Médecine générale* : MM. Froment et P.-E. Martin.

Montpellier. — *Médecine générale* : MM. Boucomont et Bert.

Strasbourg. — *Médecine générale* : M. Warter.

Bactériologie : M. Tulasne.

Toulouse. — *Médecine générale* : MM. Planques et Fabre.

Hanoï. — *Anatomie pathologique* : M. Joyeux.

Candidat étranger. — *Médecine générale* : M. Briskas.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les Etudiants sont informés : 1° Que les consignations en vue des examens de la session d'octobre 1939 seront reçues les lundi 2 et mardi 3 octobre ; 2° Que les consignations pour la session d'octobre en Chirurgie Dentaire seront reçues les vendredi 6 et samedi 7 octobre ; 3° Que les consignations en vue des cliniques et de la thèse sont reçues les lundi et mardi de chaque semaine à partir du lundi 2 octobre ; 4° Les deux premières inscriptions de l'année scolaire 1939-1940 seront délivrées aux Etudiants de 2e, 3e, 4e et 5e année, ayant satisfait à la scolarité ainsi qu'aux examens afférents à leur année respective, à partir du mercredi 11 jusqu'au jeudi 26 octobre 1939.

Faculté de médecine d'Alger. — La chaire d'anatomie est déclarée vacante.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Le titre de professeur sans chaire est conféré à M. Charrier, chargé de cours à la Faculté.

Ecole de médecine d'Angers. — Un emploi de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale est vacant par suite de la nomination de M. Naulleau en qualité de professeur.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Poitiers, s'ouvrira le lundi 15 janvier 1940 devant la Faculté de médecine de Bordeaux.

Légion d'honneur. — Guerre, *officier* : le médecin capitaine Magne (8e région).

Académie Française. — L'Académie a décerné un prix Montyon de 2.000 francs au docteur Voivenel, pour son livre : *Avec la 67e Division de Réserve.*

Et un prix Montyon de 1.000 francs, au docteur Louis Sauvé, pour son livre sur le *docteur Récamier.*

Société de médecine de Paris. — *Prix Bandelac de Pariente.* — Le prix de mille francs, fondé par le Dr Bandelac de Pariente, en souvenir de S. A. R. le prince Arsène Karageorgevitch, sera distribué à la première séance de janvier 1940, à l'auteur du meilleur mémoire sur la transfusion du sang ou l'hématologie.

Les mémoires doivent être envoyés avant le 1er décembre 1939 au Dr Bécart, Secrétaire général, 37 *bis*, boulevard Berthier, Paris (17e).

Journée du rhumatisme du 7 octobre 1939 organisée par la Ligue Française contre le Rhumatisme. — La journée annuelle de la Ligue Française contre le Rhumatisme aura lieu cette année à l'Ecole Vétérinaire d'Alfort.

En voici le programme :

a) Vétérinaire-Commandant Marcenac : « Les affections du squelette chez le cheval ».

b) Professeur Lesbouyries, d'Alfort : « Les affections ostéo-articulaires des animaux dans leur rapport avec l'alimentation ».

c) Professeur Robin, d'Alfort : « Le rôle de l'infection dans les affections ostéo-articulaires des animaux ».

A 11 h. 30 : démonstrations pratiques et présentations de pièces anatomiques.

A 12 h. 30 : déjeuner amical dans le réfectoire de la cité scolaire de l'Ecole d'Alfort (direction du Dr Gottschalck), sous la présidence de M. le Directeur de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort.

L'après-midi, à 14 h. 30 : visite de l'Ecole et des Musées anatomiques.

A 16 heures : présentation d'un film sur l'Ecole d'Alfort et la profession vétérinaire.

A 17 heures : retour à Paris dislocation.

Inscriptions (comprenant l'envoi des rapports et des comptes rendus et la cotisation au déjeuner) :

Médecins français et étrangers : 90 francs.

Membres de la Ligue Française : 50 francs.

Adresser toute la correspondance et les inscriptions au *Secrétariat de la Ligue Française contre le Rhumatisme*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (Littré 14-61). Compte courant postal : Paris 1414-50.

NÉCROLOGIE

— Le docteur Yves Delagenière, ancien interne des hôpitaux de Paris (1925), chirurgien au Mans, membre associé national de l'Académie de Chirurgie.

L'ANXIÉTÉ VESTIBULAIRE

Travail de la Clinique neurologique
de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Par M. J.-A. Barré

Nous désirons attirer l'attention sur un groupe assez particulier de malades que tout médecin, non spécialisé, peut observer dans sa clientèle, mais qui s'adressent parfois directement au neurologiste, encore qu'ils réclament plus souvent peut-être le concours du psychiatre. Ces sujets sont d'ordinaire considérés comme des « psychopathes purs » ou de simples « nerveux ». On écoute leurs doléances dont on abrège souvent la longue série, un examen rapide conduit à penser qu'il n'y a « rien d'organique » chez eux, on leur donne, avec de bons conseils, une thérapeutique sédative ou tonique, et on écrit sur leur fiche : « anxieux », « neurasthénique », « agoraphobique », « psychasthénique », « sympathicotonique », etc. A la vérité, l'erreur commise par le médecin n'est que partielle, car les sujets que nous avons en vue — nous en avons observé une quinzaine d'exemples en ces dernières années — méritent, à première vue, et par leur extérieur, si l'on peut ainsi dire, d'être classés dans tel ou tel de ces groupes ; mais si l'on y regarde de plus près, on note bientôt toute une série de particularités cliniques qui peuvent orienter vers l'idée que la fonction vestibulaire n'est pas intacte et pourrait bien jouer un rôle dans la genèse de l'ensemble; l'exploration clinique spéciale, complétée au besoin par divers examens instrumentaux, a chance d'apporter à cette hypothèse une base solide, permet un diagnostic net et une thérapeutique bien dirigée.

Nous avons choisi la dénomination d' « anxiété vestibulaire » parce qu'elle a l'avantage, pour désigner les malades dont nous voulons faire un groupe spécial, de bien spécifier l'existence d'un élément qui leur est commun : l'anxiété, et d'attirer l'attention sur une variété étiologique assez particulière de cette anxiété qui comporte tant de formes : la cause vestibulaire.

Présentons d'abord quelques *types cliniques* d'anxiété vestibulaire ; nous nous attacherons ensuite à dégager les principaux éléments qui permettent d'isoler un syndrome d'anxiété vestibulaire.

1° Anxiété vestibulaire de cause évidente.

Un premier type est fourni par des sujets qui, au cours d'une bonne santé générale, ont été atteints d'une affection de l'appareil vestibulaire, qui a été bien suivie. Il s'agit le plus souvent d'une atteinte peu sévère, dont la période aiguë a été assez courte ; c'est au moment de la convalescence, parfois après une sorte d'intervalle clair, qui avait fait croire à une guérison complète, que le sujet ressent une impression d'insécurité pendant la marche qui le rend craintif, inquiet, et le porte à éviter de plus en plus de sortir seul, alors qu'il se comporte à peu près normalement quand il circule dans sa chambre ou dans sa maison.

Si on lui demande d'analyser ses impressions, il avoue avoir la plus grande peine à décrire le sentiment singulier de crainte ou de malaise intime qui apparaît quand il est debout, immobile, ou quand il marche, et il s'étonne lui-même de ne pouvoir vaincre un trouble de l'équilibre si minime que son entourage ne le perçoit pas, de se sentir beaucoup plus assuré quand il marche avec une canne sur laquelle il s'appuie à peine et par intervalles, de bénéficier grandement de la présence d'un enfant à qui il donne simplement la main, ou de se trouver très à l'aise quand il mène près de lui sa bicyclette.

Dans bien des cas, on ne pense guère à établir une relation quelconque entre ces troubles et l'affection vestibulaire antérieure, presque oubliée, et c'est sans doute la raison pour laquelle on reconduit rarement chez l'auriste le sujet atteint des troubles que nous venons d'indiquer. Dans les cas de ce genre, où nous avons pu faire un examen de l'équilibration, nous avons observé qu'elle était à peu près normale les yeux ouverts, et que, même les yeux fermés, les oscillations du corps n'augmentaient guère. Seules, diverses épreuves cliniques ou instrumentales montraient des résultats anormaux (que nous analyserons bientôt) et provoquaient parfois une exaspération momentanée des troubles habituels, au point que les sujets se débattaient sur la chaise tournante comme en proie à une vive anxiété et avec perte totale de la notion de l'espace. Dans les cas de ce genre, la durée des troubles dépend pour une part de l'évolution de la séquelle nerveuse profonde, et, pour une autre, de l'état nerveux du sujet, de son psychisme et des réactions de son sytème sympathique. Les irrigations chaudes dans l'oreille antérieurement malade constituent souvent un moyen thérapeutique que les sujets apprécient, comme ils savent par ailleurs que le refroidissement du côté de l'oreille atteinte leur est nettement mais passagèrement préjudiciable.

Ce type d'anxiété vestibulaire devait être présenté le premier parce qu'il est simple, et parce que c'est lui qui nous a permis d'établir dans des conditions parfois excellentes la filiation entre les accidents vestibulaires et les réactions anxieuses consécutives.

Exposons maintenant les autres formes sous lesquelles se sont présentés à nous les sujets que nous classons dans le groupe de l'anxiété vestibulaire.

2° Anxiété vestibulaire à forme de déséquilibre sympathique.

Certains malades sont venus à nous se plaignant de troubles innombrables et assez exactement d'abord comme le font de nombreux sujets atteints de *déséquilibre sympathique*. On pouvait cependant noter chez eux une prédominance nette de certaines plaintes, inhabituelles chez les « grands sympathiques » ordinaires.

Ils insistaient spécialement sur les troubles respiratoires, cardiaques et gastriques : « J'ai très souvent le cœur sur les lèvres, mon cœur se ralentit parfois et me donne l'impression qu'il va s'arrêter, alors que mon pouls ne varie guère. J'éprouve une sensation de gêne dans la poitrine et pourtant je respire facilement », nous disait un malade, et il ajoutait : « J'ai en même temps une sensation de faiblesse extrême, j'ai les jambes coupées ». Dans ces plaintes essentielles, rien ne paraît se rapporter à l'appareil vestibulaire, mais en poursuivant l'interrogatoire on apprend que le sujet a de temps en temps des « sensations vertigineuses », qu'elles accompagnent toujours les troubles qu'il a d'abord mentionnés, et qu'il

éprouve à peu près constamment, en dehors même des crises d'anxiété, un sentiment d'insécurité sur le sol, une sorte d'appréhension vis-à-vis de ces sensations vertigineuses qui annoncent souvent l'épisode aigu d'anxiété.

L'examen vestibulaire complet décèle chez ce sujet non seulement une infection otitique dans l'enfance, mais des réactions anormales des canaux semi-circulaires ou de l'appareil otolithique.

Il est maintenant deux autres formes cliniques de l'anxiété vestibulaire, sur lesquelles nous pourrons être assez bref puisqu'elles sont depuis un certain temps rattachées — au moins pour une part — à un trouble de l'appareil vestibulaire ou de l'appareil de l'équilibration : nous voulons parler des formes agoraphobique et astasique-abasique.

3° Anxiété vestibulaire à forme astoso-abasophobique.

L'astasie-abasie vestibulaire constitue un type clinique bien établi désormais, et nous en avons publié pendant la guerre avec M. G. Guillain un exemple impressionnant où le trouble vestibulaire devint évident au cours de l'examen et guérit comme par enchantement quelque temps après. Nous en avons observé depuis un assez grand nombre, déclenchés à l'occasion d'une crise de vertige de Ménière typique, ou de troubles verstibulaires moins aigus, mais nettement caractérisés.

4° Anxiété vestibulaire à forme d'agoraphobie.

Pour l'agoraphobie, des développement un peu plus amples sont nécessaires. En effet, si le sujet se présente, comme cela arrive parfois, en exprimant lui-même qu'il est saisi d'une peur singulière dès qu'il se trouve dans la rue, ou au moment de traverser une place, et cela depuis un accident (un traumatisme cranien, par exemple), qui fut suivi d'impression vertigineuse et d'insécurité de l'équilibration pendant la marche ou la station debout, le problème est simple et le facteur vestibulaire apparaît d'emblée. Il reste à en fixer le type anatomo-clinique exact, à préjuger autant que possible son évolution, et à établir une thérapeutique convenable, après avoir tâché d'évaluer le taux de la nervosité préalable ou consécutive du sujet qui joue un rôle très important dans le pronostic même de l'agoraphobie.

Mais les choses ne se présentent pas toujours aussi simplement.

Voici une malade qui, depuis des années, mène une vie à part ; elle refuse toute sortie seule, évite les réunions où il y a baucoup de bruit, se montre hostile à tout voyage en chemin de fer ou en automobile et la voilà qui, entre temps, préside chez elle un banquet avec beaucoup d'assurance, faisant l'admiration de tous par son esprit et son entrain. La même personne ne peut quitter son lit le lendemain, et quelques jours après, s'étant levée, elle doit se recoucher brusquement au cours de sa toilette matinale, après avoir tenu les bras levés pour sa coiffure. Chacun la considère comme une grande nerveuse fantaisiste ou une malade imaginaire, une femme sans volonté, vante sa bonne mine, et s'éloigne avec un sourire incrédule sur les lèvres. Cette femme explique pourtant à qui veut bien l'écouter que ses troubles sont survenus à une date donnée, et qu'ils ont commencé par l'impression qu'elle se trouvait constamment sur un sol mouvant, ce qui lui enlevait toute assurance et toute possibilité de s'aventurer dans la rue sans être sûre de pouvoir s'appuyer ou s'accrocher à tout moment, sans être accompagnée d'une personne qui lui donnât toute sécurité à ce point de vue.

Chez une pareille malade, un simple examen clinique de l'appareil vestibulaire établit qu'il existe des troubles et permet de rattacher l'agoraphobie à une base solide et de réhabiliter dans l'esprit de son entourage la malade imaginaire, incomprise depuis des années. Nous pourrions citer des exemples très typiques de cette forme, et montrer comment se développe peu à peu sur un fond sensorio-vestibulaire l'anxiété invincible et presque impossible à analyser ; nous publierons en détail certaines observations de ce genre où tous les examens vestibulaires ont pu être pratiqués; cela n'a pas toujours été possible et bien des malades qui s'étaient soumis volontiers au premier examen clinique souvent très instructif à lui seul, ont refusé de subir les épreuves instrumentales, dans la crainte — pas toujours injustifiée — de voir leurs troubles « affreux » aggravés momentanément.

5° Anxiété vestibulaire à forme pseudo-angineuse.

Quelques exemples nous conduisent à croire qu'il y a lieu d'isoler enfin une forme pseudo-angineuse, et qu'en tout cas, dans l'enquête clinique qui doit être poursuivie régulièrement chez le sujet qui a des accidents angineux vrais et surtout des accidents qu'il est convenu de désigner sous le nom de pseudo-angine, l'exploration de la fonction vestibulaire mérite de n'être pas tout à fait négligée.

Certains sujets en effet, vertigineux de longue date, mais qui s'étaient peu à peu habitués à l'idée que ces vertiges intermittents pourraient bien « ne disparaître qu'avec eux », sont revenus nous trouver parce que des accidents nerveux « d'un autre ordre » venaient de se développer. « Quelquefois, disent-ils, la nuit, quand je me retourne, j'ai un vertige, tout tourne, mais en même temps je ressens une douleur au cœur, qui m'impressionne beaucoup ; le jour même, il m'arrive de ressentir la même douleur derrière le sternum quand je me suis baissé ou même au cours d'un travail un peu prolongé ; j'ai l'impression que je vais mourir subitement, puis tout passe, je reprends mes couleurs, en même temps que la douleur cardiaque s'évanouit et que disparaît le vertige qui l'accompagnait ; mais je garde la crainte constante de tomber ou de mourir subitement ».

Description d'ensemble

Après avoir exposé les formes assez variées sous lesquelles se sont présentés à nous des sujets, qui étaient essentiellement, en fin d'analyse, des vestibulaires, nous devons grouper dans une vue d'ensemble un certain nombre de particularités que nous avons retrouvées chez la plupart d'entre eux et dont la constatation est propre à faire soupçonner le fond vestibulaire du syndrome sous les divers aspects qu'il peut prendre.

Parmi les plaintes dont le sujet nous fait part, celles qui sont directement en rapport avec une perturbation de l'appareil vestibulaire peuvent se trou-

ver au premier plan, au second plan, ou se perdre dans le nombre parfois énorme des doléances ou des impressions pénibles que l'anxieux a souvent consignées par écrit comme autant de « tortures », et dont il ne doit négliger aucune dans son exposé.

C'est donc au médecin averti de dépister la valeur dominante de telle ou telle de ces impressions singulières, de provoquer un supplément d'enquête clinique, voire même instrumentale, et, s'il y a lieu, de donner aux troubles vestibulaires le coefficient spécial qui leur convient.

Parmi ces troubles, notons d'abord le malaise indéfinissable, la sensation de gêne profonde, impossible à localiser, qui peut être constante ou quasi-intermittente et passagère, quitte alors à récidiver, avec une fâcheuse ténacité.

Notons aussi le fait que ce malaise apparaît à peu près régulièrement, ou s'exaspère dans la station debout : que ce soit immédiatement au moment où le sujet se lève, ou après quelques minutes de station verticale, immobile, surtout quand il ne s'appuie pas ou se trouve à distance un peu trop grande de ce qui pourrait lui constituer un soutien éventuel.

Dans certains cas, le même malaise peut réveiller le sujet et naître au moment où il s'est retourné dans son lit; il éprouve à ce moment, en plus de la gêne que nous avons en vue, une impression singulière de vide ou de plénitude à l'épigastre. D'autres fois, ce malaise revêt une forme un peu particulière qui doit retenir d'emblée l'attention du clinicien : le sujet le compare de lui-même à la *sensation de mal de mer*. Quelques-uns affirment, qu'après un mouvement rapide, s'ils se sont levés ou retournés brusquement, cette sensation de mal de mer avec menace de vomissement peut apparaître presque instantanément, créant vite chez eux une crainte à peu près permanente de certains mouvements, et, par amplification rapide, de la déambulation en général.

D'autre fois, le sujet se plaint d'*insécurité dans la marche*. Il dit qu'il perçoit mal le sol, ou plutôt que celui-ci lui paraît « mouvant » ou « ondulé » ; d'autres ont l'impression de marcher sur un terrain « mou » dans lequel ils s'enfonçent plus ou moins. Le contrôle des yeux aidant, la critique de ces impressions est vite faite et les malades se prennent alors à douter d'eux-mêmes ; quelques-uns se croient atteints d'hallucinations, de trouble cérébral grave et deviennent en même temps que des anxieux vestibulaires, des déprimés à tendances variées.

La plupart de ces sujets se plaignent d'eux-mêmes de marcher beaucoup plus mal le soir, à la tombée de la nuit, que pendant le reste de la journée ; certains nous ont dit spontanément qu'ils ne pouvaient plus avancer au crépuscule, qu'ils n'avaient plus alors aucun équilibre et que leur malaise prenait à ce moment une grande acuité. Ceux-là ne s'aventurent pas dans une promenade d'où ils doivent revenir tard sans s'asurer qu'au retour quelqu'un pourra les accompagner. Il en est qui réduisent leurs occupations et s'arrangent pour être toujours en sécurité à la maison avant la tombée du jour.

Il est curieux également de constater avec quelle régularité ces sujets se plaignent de « *faiblesse des membres inférieurs* ». Cette impression est constante à un léger degré et les porte souvent à se nourrir davantage ; ils gagnent du poids, mais ne retrouvent aucunement la « force des jambes ».

Souvent, les malades qui se plaignent de cette faiblesse ajoutent qu'à certains moments, ils sentent un *tremblement intérieur*, une sorte de vibration des os ou dans la « profondeur de la chair » et, portant la main sur leurs genoux, ils sont étonnés de les trouver parfaitement au calme.

Autre détail encore : si les sujets qui éprouvent cette anxiété en marchant et spécialement au crépuscule, se raidissent contre cette sensation et font un effort pour continuer, ils se sentent envahis par un refroidissement rapide des extrémités ; les muscles des membres se raidissent, il leur semble qu'ils vont s'effondrer sur place en même temps que le cœur se précipite, devient douloureux, et que l'état d'angoisse qui existait dès le début s'exaspère et les oblige à s'arrêter.

Tous ces troubles assez particuliers dans leur comportement et leur déterminisme doivent orienter déjà le clinicien vers l'idée qu'une perturbation de la fonction équilibratoire joue un rôle dans l'ensemble du syndrome anxieux. Mais voici une nouvelle série de faits assez singuliers aussi et d'apparence paradoxale qui accentuent cette première impression d'une souffrance de l'appareil vestibulaire.

Paradoxes (la course, la bicyclette).

Signe de la course. — La station debout immobile est une cause de malaise ; la marche ordinaire est peu assurée, le sujet se plaint d'avoir les jambes faibles, et pourtant s'il lui arrive d'être obligé de courir, il court avec une parfaite facilité et sans ressentir de fatigue anormale. C'est là une première constatation curieuse dont peu de ces anxieux vestibulaires font part spontanément au médecin dans la crainte d'être mal jugés ou taxés de malades imaginaires, mais qu'ils développent avec plaisir quand on leur a laissé entendre qu'il y avait là, au contraire, un signe de sincérité et de véritable intérêt.

Signe de la bicyclette. — Certains, mis en confiance, ajoutent souvent alors d'eux-mêmes, qu'ils ont été les premiers étonnés de pouvoir faire de la *bicyclette* avec beaucoup de facilité, de n'avoir alors aucun trouble de l'équilibre ni aucune anxiété, et qui mieux est, de pouvoir exécuter de longues randonnées de 20 à 30 kilomètres sans fatigue particulière, alors que la veille ou le matin, ils étaient épuisés pour avoir fait une marche de 300 mètres.

Un certain nombre d'anxieux vestibulaires, qui gardent pour eux leur « infirmité », montrent ainsi une passion qui étonne pour la bicyclette et ne peuvent plus faire 10 mètres, suivant l'expression de leur entourage, sans se munir de leur précieux véhicule dont ils apprécient au plus haut point la vertu sans la comprendre.

Ce paradoxe s'explique à la vérité assez facilement ; la vitesse assurant par elle-même l'équilibre mécanique du corps, leur appareil nerveux de l'équilibration n'a plus à entrer en jeu, et ensemble disparaissent et le déséquilibre et l'anxiété sous ses diverses formes.

Cette épreuve de la bicyclette méritera sans doute d'entrer davantage encore dans la séméiologie clinique ; ses résultats peuvent avoir une utilité dans l'étude de certains malades atteints d'affection vestibulaire, d'affection cérébelleuse et même chez certains paraplégiques qui marchent mal et se comportent assez bien sur une bicyclette.

Ces singularités du comportement frappent parfois beaucoup l'entourage de l'anxieux vestibulaire et contribuent à asseoir plus fortement la conviction

qu'il s'agit d'une pure psychopathie. Paradoxe aussi que cette plainte du sujet qui dit n'avoir pas d'équilibre et qui aux yeux de tous peut marcher parfaitement droit. Paradoxe enfin ce passage sans transition d'un état d'anxiété dont l'expression est pénible à entendre par les familiers sensibles, à une sorte d'euphorie débordante un moment après. Il arrive, en effet, qu'à certains moments et sans cause apparente aucune, le sujet atteint d'anxiété vestibulaire se trouve brusquement tout à fait bien et exprime avec enthousiasme sa joie d'une délicieuse libération, hélas momentanée. Ces exemples d'insuffisances et de possibilités en apparence incompatibles coexistant chez le même individu, les variations brusques et sans motif dans son état ordinaire, les tremblements sentis par le malade et que personne ne perçoit, loin de mener au doute, certifient, en quelque sorte, la véracité des plaintes ; qu'on s'en étonne dans l'entourage et que le malade lui-même se prenne à douter de son équilibre mental, rien de plus normal ; mais le médecin ne doit pas se laisser aller trop vite à certains diagnostics, qui peuvent paraître adaptés aux premières plaintes ; c'est à lui au contraire de dépister, grâce à ce curieux ensemble de signes cliniques, une activité vestibulaire troublée, et de poursuivre autant qu'il le pourra un examen objectif capable dans certains cas d'en apporter la preuve.

Interrogatoire et examen objectif des sujets suspects d'anxiété vestibulaire.

L'ensemble des manœuvres cliniques et instrumentales que comporte actuellement l'examen correct d'un sujet suspect d'altération vestibulaire est trop compliqué pour qu'il soit possible de l'exposer au cours d'une simple communication ; nous devrons donc nous borner à mentionner quelques épreuves plus particulièrement indiquées et d'une pratique facile, et à donner un aperçu général de ce que nous avons observé jusqu'à maintenant.

L'important d'ailleurs nous paraît être de montrer au médecin l'importance que doit prendre dans la clinique médicale ou pychiatrique ou neurologique l'examen de la fonction vestibulaire ; de souligner la fréquence des cas où les résultats de cet examen peuvent apporter une solution à des question en suspens, et de faire ressortir l'utilité de demander à ceux qui en ont l'habitude un examen de la fonction vestibulaire, toujours assez long et assez délicat.

Les sujets qui ont eu des crises de vertiges, ménierique ou autre, savent à quel degré et avec quelle rapidité leur psychisme souffre, et à quel point une fois libérés des accidents aigus ils demeurent inquiets ; ceux qui ont connu le mal de mer n'oublieront jamais les sensations affreuses qui en sont une des caractéristiques ; les uns et les autres pourront mieux que personne imaginer qu'un trouble même léger des fonctions semi-circulaires et otolithiques, en jeu dans les exemples que nous venons de rappeler, puisse provoquer des réactions psychiques profondes sans que ces fonctions délicates révèlent fatalement l'existence de leurs perturbations par des manifestations que tout médecin puisse saisir et analyser.

L'interrogatoire auquel doit se livrer le clinicien comporte de réels écueils ; tout d'abord, l'anxieux qu'il a devant lui est un être très sensible à la suggestion. Son questionnaire devra donc se borner à enregistrer parmi les autres antécédents personnels tout ce qui peut se rapporter à un passé otitique ou vestibulaire — sans paraître d'abord y attacher une importance particulière — et il s'efforcera de préciser ce que le sujet entend par impression de vaciller et de chanceler.

Il analysera ensuite les sensations d'instabilité, d'insécurité de l'équilibre, et les divers facteurs qui paraissent déterminer le déclenchement de ces troubles subjectifs ou favoriser leur disparition.

C'est alors qu'il procédera à l'examen objectif de l'appareil vestibulaire qui comprend lui-même deux parties : les canaux semi-circulaires et les otolithes, et qu'il poursuivra, pour voir plus largement les choses, l'étude séméiologique de l'équilibration de son sujet.

La séméiologie semi-circulaire, si l'on peut ainsi dire, est assez bien établie aujourd'hui et relativement facile à étudier quand on en a l'habitude : la séméiologie otolithique nous paraît beaucoup moins solidement édifiée à l'heure actuelle et plus délicate à explorer, mais dans l'une et l'autre on peut tabler sur des faits assez faciles à constater et de valeur établie, tout en laissant de côté la partie que les médecins appellent souvent « les finesses » et cette autre partie que les spécialistes considèrent eux-mêmes comme incertaine et en discussion.

Epreuves cliniques.

On devra autant que possible ne pas faire jouer l'émotivité des sujets anxieux au cours de ces divers examens et y procéder avec autant de douceur que possible en réduisant systématiquement le taux des excitations que le commun des malades supporte d'ordinaire. C'est alors qu'il est particulièrement indiqué de rejeter toutes les épreuves dites « sensibilisées » de l'appareil vestibulaire, et d'explorer d'abord l'équilibration de face et de profil, les pieds légèrement écartés et les yeux ouverts. Dans l'épreuve des bras tendus, il y a avantage à ne pas faire fermer les yeux du sujet, mais à l'empêcher seulement de voir ses bras tendus horizontalement et suffisamment écartés ; il vaudra mieux éliminer l'épreuve du cloche-pied qui sera souvent d'exécution trop délicate et d'interprétation sujette à caution. C'est seulement à la fin que l'observateur devra répéter les mêmes épreuves, en faisant fermer les yeux au malade. Cette double série d'opération, lui apportera une double documentation : une sur l'état des canaux semi-circulaires, l'autre sur le degré de multiplication par un système nerveux très sensible des altérations parfois minimes décelées à l'examen. Pour ce qui est de l'exploration clinique du système otolithique, on pourra se borner à la recherche de la contre-déviation oculaire (la Gegenrollung de Barany). En effet, si le résultat de cette épreuve, pratiquée dans de bonnes conditions, est nettement anormal et se montre tel à plusieurs reprises, on peut être à peu près sûr que la fonction otolithique est troublée, cette fonction qui joue dans l'équilibration un rôle certainement important et qui exerce sur le fonctionnement des centres bulbaires une influence très marquée. Qu'on ne s'attarde pas d'ailleurs à enregistrer au cours de ces examens purement cliniques des manifestations très accentuées, des déviations importantes, du nystagmus d'un haut degré, non, ce sont le plus souvent des altérations discrètes, et, s'il nous était permis d'émettre un avis d'après ce que nous avons vu personnellement, des altérations bien plutôt de l'appareil otolithique que de l'appareil semi-circulaire.

Les *Epreuves instrumentales* peuvent apporter un complément ou un supplément documentaire de haute valeur. Il sera indiqué d'y avoir recours, et parce que le diagnostic pourra s'en trouver plus affermi, et parce qu'il sera souvent possible de reproduire expérimentalement une exaspération momentanée des troubles dont se plaint habituellement le malade, et parce que, enfin, telle épreuve (l'épreuve calorique chaude, par exemple, appliquée à une oreille ou même l'épreuve galvanique) pourra constituer un élément thérapeutique efficace.

Mais l'examen du clinicien ne doit pas envisager exclusivement la fonction vestibulaire : on sait combien la *circulation* dans les gros vaisseaux et les vaisseaux capillaires a d'importance sur le fonctionnement de tous les organes nerveux et des organes sensoriels en particulier ; il y aura donc lieu d'en poursuivre l'exploration minutieuse, et à de multiples reprises, pour en saisir les variations si fréquentes, d'un jour à l'autre et même d'une heure à celle qui suit, chez les « grands nerveux » dont il s'agit. Plusieurs fois, l'hypotension marquée et la faiblesse du débit circulatoire nous a paru être un facteur adjuvant des troubles, et il a été utile de le redresser. La recherche de l'*anémie*, si fréquemment latente, si fréquemment méconnue et qui joue dans l'édification de multiples troubles nerveux un rôle favorisant et d'ailleurs reconnu, de si grande importance, devra naturellement être faite, et il sera bon de traiter une anémie globulaire même faible ainsi qu'un abaissement même peu acentué du taux de l'hémoglobine.

Enfin, c'est là un des éléments dont il importe en l'occurence de tenir le plus grand compte, l'état du *système sympathique* (ou vagosympathique) devra être minutieusement exploré. Il sera particulièrement utile de s'essayer à établir ce qu'il était avant l'apparition des accidents d'anxiété vestibulaire, pour apprécier le rôle que, par un échange de mauvais procédés, le facteur vestibulaire aura joué dans tel ou tel cas donné.

Il paraît en effet certain que dans la genèse de l'anxiété vestibulaire, la prédisposition sympathique, le type nerveux constitutionel ont joué un rôle préparateur important et multiplié avec une facilité toute spéciale des irritations, des impressions, des sensations et des phénomènes réflexes à point de départ vestibulaire.

Le syndrome « anxiété vestibulaire » est en effet un complexe dans la composition duquel interviennent, à part variable, deux facteurs : le facteur vago-sympathique et le facteur vestibulaire, et il y a le plus grand intérêt pratique à démêler dans chaque cas la part de chacun de ces deux éléments dans la combinaison clinique observée, pour la comprendre mieux et la traiter rationnellement.

Mode de début.

Il n'est pas toujours facile de préciser le moment où a commencé l'anxiété vestibulaire, car dans bien des cas le début est progressif et d'abord assez indistinct et supportable. Quelquefois les sujets peuvent dire que c'est à partir de telle époque que les premières impressions d'être sur la mer, ou de marcher sur un sol mouvant ont fait leur apparition, créant en même temps un état progressivement croissant d'inquiétude ou avivant une propension reconnue à l'émotivité avec tendance anxieuse. Mais dans certains cas, qui ont à nos yeux une valeur particulièrement démonstrative pour établir le rôle de l'élément semi-circulaire ou otolithique dans le déclenchement de l'anxiété vestibulaire, c'est en pleine santé, au milieu d'une période calme, après une soirée heureuse passée avec des amis qu'apparaît, au cours de la nuit, cet état d'angoisse avec impression que le lit oscille et sensation de nausée qui va durer des jours et des jours.

Age ordinaire.

Jusqu'à maintenant, ce sont surtout des adultes que nous avons observés ; le plus jeune de la série à 18 ans ; le plus âgé, 65 ans.

Formes du syndrome (*pures ou associées*).

Il existe une *forme pure*, où l'ensemble se développe à la suite d'accidents otitiques, inflammations traumatiques ou toxiques, chez un sujet n'ayant présenté jusque-là aucune particularité reconnue ou aucune sensibilité spéciale de son système nerveux sympathique.

Il y a auprès de cette forme, probablement assez rare, mais d'un grand intérêt nosographique, les formes d'anxiété vestibulaire qui apparaissent chez des sujets dont le système autonome était fortement prédisposé à réagir à une indication minime venue d'un organe malade ou d'un nerf, à travers des fibres du système cérébro-spinal ou des fibres du système sympathique. Ces cas doivent être les plus fréquents, on pourrait peut-être les grouper sous le nom de *forme sympathico-vestibulaire*, en se réservant le droit d'y voir après analyse des types vago-otolithique, sympathico-semi-circulaire, etc.

Il y a enfin le groupe des *formes associées :* en effet, le syndrome anxiété vestibulaire se trouve assez souvent associé à diverses affections nerveuses, et il en est une, la sclérose en plaques, qui se traduit souvent à son début par un ensemble de signes qui accusent le bulbe, où passent justement et les fibres issues des canaux semi-circulaires et celles venues des otolithes. On est souvent frappé du haut degré d'insécurité de la marche chez des sujets dont la sclérose en plaques se trouve à son extrême début, et de l'état d'anxiété qui accompagne cette sensation chez des sujets antérieurement aptes à braver les circonstances adverses. Ils ont un petit syndrome pyramidal uni- ou bilatéral réduit au signe de Babinski, une légère exaltation des réflexes, aucun déficit pyramidal ; l'examen de leur appareil vestibulaire ne dénote pas de gros troubles, mais il est nettement atteint cependant ; et voilà que ces sujets se comportent parfois comme de grands anxieux vestibulaires, et s'obstinent à mener une vie réduite, confinés dans leur maison. Dans ces cas, ce n'est plus une lésion de l'extrême périphérie des nerfs de l'appareil otilithique ou semi-circulaire qui conditionne le syndrome, mais une altération d'ordre irritatif des fibres qui en font partie et ont été atteintes le plus souvent dans leur segment bulbaire ou protubérantiel. Nous avons mis en relief ce bel exemple d'association, mais il en est d'autres, et certaines arachnoïdite de la fosse postérieure peuvent parfaitement y donner lieu.

Degrés de l'anxiété vestibulaires.

Ce syndrome, qui a plusieurs formes, a aussi plusieurs degrés, que nous présentons dans l'ordre de gravité croissante.

Il y a d'abord le groupe des *agoraphobiques* (dont l'agoraphobie est symptomatique d'une altération vestibulaire, et non « essentielle » comme on le dit encore), et dans ce groupe, des degrés assez variés correspondant à la possibilité de lutte dont est capable l'individu ou que lui permet la sensation d'insécurité dans l'équilibre dont il souffre.

Il y a ensuite les *petits anxieux vestibulaires,* et les *grands anxieux vestibulaires,* qui sont d'ailleurs plus ou moins troublés suivant les périodes et les jours et connaissent des phases d'exaspération plus ou moins prolongées et plus ou moins aiguës.

Il y a enfin les *astasiques-abasiques,* qui se trouvent assez bien au lit ou même assis, mais dont le tourment apparaît dès qu'ils cherchent à se dresser ou à marcher avec ou sans aide. Nous en avons observé de bons exemples, et noté que ces sujets qui furent à une époque donnée plus troublés qu'aucun des autres anxieux vestibulaires que nous avons passés en revue, ont pu guérir totalement ; ce fait constitue une preuve de plus à l'appui de l'importance que peuvent avoir dans la constitution du syndrome d'anxiété vestibulaire la perturbation momentanée de l'équilibre ou les sensations anormales venues de divers étages de l'appareil de l'équilibration.

Evolution et pronostic.

Suivant les cas, l'anxiété vestibulaire que nous avons essayé d'isoler (si nous en jugeons d'après les observations consignées depuis quelques années), peut avoir une existance purement *épisodique* et ne laisser qu'un mauvais souvenir, que le mal de mer éprouvé au cours d'une croisière pourra malencontreusement remettre en mémoire.

Dans d'autres cas, il paraît s'agir d'un état qui une fois créé a une fâcheuse tendance à durer, et à s'aggraver même, chaque exaspération des troubles vestibulaires créant un surcroît d'anxiété qui sensibilise le sujet vis-à-vis de nouvelles impressions d'instabilité corporelle. L'anxiété vestibulaire prend ainsi une allure *chronique.*

Guérison.

Un nombre important de sujets atteints d'anxiété vertibulaire que nous avons traités ont été débarrassés de leur tourment et ont pu reprendre leur vie normale, mais, détail curieux, il en est qui, une fois guéris, alors qu'ils pouvaient sans peine désormais déambuler dans la rue et traverser les places, nous ont confessé préférer la demi-réclusion à laquelle ils avaient dû se résigner d'abord plutôt que de reprendre la vie ordinaire.

Récidive.

Dans certains cas, la guérison complète ou à peu près complète, a été suivie de récidive ; celle-ci s'est déclenchée à l'occasion de circonstances variées tenant aussi bien à l'état nerveux général du sujet qu'à celui de son appareil vestibulaire. Le surmenage, une infection, une commotion nerveuse, etc., peuvent marquer le point de départ des nouveaux accidents ; dans deux cas, il s'agissait de comptables qui furent repris de leur anxiété vestibulaire, brusquement, tandis qu'ils étaient penchés sur leurs grands livres, faisant les reports innombrables de fin d'année. On sait combien la gesticulation oculaire, voulue ou automatique, entretenue un certain temps, est apte à faire renaître le vertige chez les sujets dont les appareils vestibulaires présentent ou des troubles organiques, ou une sensibilité anormale au vasospasme qui peut s'y développer. On ne peut donc s'étonner du rôle joué dans ces deux cas sur le retour d'accidents d'anxiété vestibulaire par la fatigue oculaire.

Diagnostic.

Nous pensons que l'ensemble assez particulier de faits présentés plus haut, qui résume une quinzaine d'observations cliniques prises au cours de ces dernières années, ainsi que le relief que nous avons cherché à donner à des sensations spéciales souvent exprimées par le sujet, mais qui peuvent passer à peu près inaperçues au milieu de toutes les plaintes qu'il aime à développer, constitue un tout ayant une physionomie nette, et qu'il sera désormais facile de le reconnaître.

Ce syndrome « anxiété vestibulaire » pourra être dépisté sans peine par le médecin. Il appartiendra à ceux qui sont suffisamment au courant de la séméiologie vestibulaire (semi-circulaire ou otolithique) de préciser le type du trouble organique qui aura été le point de départ de tout le syndrome, ou aura centré une activité vago-sympathique anormale préexistante.

Parmi les diagnostics différentiels qui peuvent être envisagés, il en est d'ordre neurologique et d'ordre psychiatrique. Un *syndrome vestibulaire unilatéral* ou bilatéral, simple comme nous en voyons souvent, ne prête guère à confusion, car il n'y a pas d'anxiété. Le *syndrome vestibulo-spinal* que nous avons mis en relief est un peu plus facile à confondre ; mais si le nystagmus et même les vertiges peuvent faire défaut, le déséquilibre ne s'accompagne pas d'anxiété dans le cas purs que nous avons décrits.

Le *syndrome du noyau de Deiters,* les *syndromes de Wallenberg, de Babinski et Nageotte,* etc., sont bien spéciaux ; la séméiologie vestibulaire y est plus riche, en même temps que l'élément anxiété fait le plus souvent défaut. Rappelons ici que nous avons insisté dans le corps de ce travail sur le fait que, dans l'anxiété vestibulaire, il s'agit le plus souvent de petits syndromes semi-circulaires ou otolithiques, qu'il y a plus de troubles vestibulaires sensoriels ou sensoriomoteurs que de grandes manifestations de déséquilibre des divers segments du corps, car c'est vraiment cette note qui traduit bien l'esprit du syndrome, en même temps qu'elle explique facilement qu'on l'ait jusqu'à maintenant confondu avec les types très variés d'anxiété admirablement décrits par les psychiatres.

La séparation du syndrome « anxiété vestibulaire » des autres formes du syndrome général de l'anxiété, nous paraît devoir être assez facile à partir du moment où, l'esprit ayant été attiré sur l'origine vestibulaire possible de certaines plaintes des anxieux, un examen clinique spécial suivi éventuellement de la mise en jeu des épreuves instrumentales convenables aura été pratiqué.

Il restera alors à démêler la valeur réciproque des deux éléments : anxiété et troubles vestibulaires, dans la genèse du syndrome, et ce nouveau problème pourra devenir le point de départ d'une collaboration des plus intéressantes et des plus utiles entre psychiatres, neurologistes ou otologistes.

Pour ce qui est des formes agoraphobique, astasique-abasique, neurasthénique, il suffira désormais de songer, en face d'une pareille forme clinique, qu'elle peut être en rapport avec une altération organique ou fonctionnelle de l'appareil vestibulaire, et de poursuivre dans ce sens, en même temps qu'une enquête clinique un peu spéciale, un examen instrumental adapté pour éviter dans un nombre de cas dont il est impossible de fixer actuellement l'importance, de traiter comme une psychopathie pure, une agoraphobie ou une astasie-abasie secondaires, à une cause vestibulaire.

Certains cas resteront probablement difficiles à interpréter exactement : ce sont ceux où les troubles vestibulaires étant apparus chez un anxieux reconnu ou latent à l'occasion d'un traumatisme cranien par exemple, des complications d'ordre médico-légal, une question de pension s'ajoutera aux facteurs pathologiques élémentaires. Mais alors, ce problème rentrera dans la série de ceux qui nous sont posés chaque jour par les tribunaux et les avocats, et où nous devons trop souvent traduire, par un chiffre précis, une impression qui l'est beaucoup moins. Nous ne pouvons que signaler ici le caractère complexe de ce problème devant lequel nous nous sommes trouvé, sans chercher à lui donner une solution générale qu'il ne peut comporter.

***

Considérations générales sur l'anxiété vestibulaire.

A la fin de cet exposé, personne ne sera surpris sans doute que nous ayons choisi le terme d'anxiété pour caractériser les impressions psychiques des sujets que nous avons en vue, qu'ils se soient présentés comme des anxieux en apparence ordinaire, des agoraphobiques, etc., etc. Nous avions adopté depuis longtemps la définition de l'anxiété proposée par MM. Logre et Devaux (1) et nous la trouvions très adaptée à l'état psychique des sujets dont nous avons parlé. N'y avait-il pas chez eux, en effet, un état de douleur morale et d'incertitude allant parfois jusqu'à l'angoisse quand apparaissait la sensation physique de resserrement, de constriction non seulement thoracique, mais généralisée aux membres. L'incertitude, le doute, l'indécision et l'insécurité (orientée ici autour de l'équilibre) et qui font les composants ordinaires de l'anxiété au sens brillamment défendu par MM. Devaux et Logre se trouvent au complet chez nos malades.

Nous sommes pleinement d'accord aussi avec les auteurs que nous venons de citer quand. cherchant à localiser anatomiquement l'anxiété, ils écrivent cette phrase (2) : « Si l'on ne peut affirmer que l'angoisse possède au niveau du bulbe son centre exclusif, on peut dire qu'elle y a du moins son quartier général ». « A vrai dire, avaient-ils écrit un peu plus haut, on a pu invoquer, et on doit invoquer, dans certains cas (d'anxiété) tel ou tel plexus sympathique, tel nerf périphérique ». Nous apportons à cette formule d'ensemble une illustration des plus franche, car nous sommes persuadé, ainsi que nous l'avons indiqué déjà dans le corps de ce travail, que les fibres du système sympathique incorporées au nerf vestibulaire et qui portent vers le bulbe les excitations diffuses issues des canaux semi-circulaires ou des otolithes, doivent jouer un rôle dominant dans la genèse de l'anxiété.

(1) A. Devaux et J.-B. Logre. *Les Anxieux*, Paris 1917 (Masson et Cie, éditeurs).

(2) *Loc. cit.*, p. 20.

Nous avons trouvé dans le livre tout récent de MM. Henri Claude et Lévy-Valensi sur les Etats Anxieux (1), une mention très nette et une sorte de description contractée du sujet que nous développons ici. Nous nous plaisons à citer le passage en entier : « En vérité, il n'existe pas de vertige anxieux, mais « du *pseudo-vertige*. L'anxieux ne voit pas tourner « les objets, il ne sent pas la rotation de son propre « corps, mais il se sent angoissé, obnubilé, défaillant, jusqu'à la lipothymie. Ces pseudo-vertigineux « sont souvent de petits organiques actuels ou passés « (cérébraux, vestibulaires, etc.).

« Le *pseudo-vertige anxieux* est fréquent chez les « artério-scléreux, chez lesquels il exagère ou masque « le vertige légitime. Comme Barré l'a montré, il « peut accompagner d'ailleurs le vertige vestibulaire. « M... a 51 ans. Il y a un an, pour des raisons ignorées, il a eu, par deux fois, du vertige légitime ; « actuellement, l'appareil vestibulaire est indemne ; « par ailleurs, tout est normal, sauf une légère hypertension (17 au Pachon). Mais, de temps en temps, « un voile se place devant ses yeux, il s'arrête, se « cramponne, a peur de tomber ».

Il nous paraît tout à fait juste de considérer ce sujet comme un anxieux vestibulaire, mais indiqué aussi de supposer que l'appareil vestibulaire n'est peut-être pas aussi indemne qu'il le paraît. L'exemple cité par MM. Claude et Lévy-Valensi est classé dans le groupe des « petits anxieux » et mérite vraiment de l'être par son faible degré, mais nous sommes portés à penser qu'il mériterait peut-être de figurer plutôt parmi les « anxieux acquis », qui sont traités plus loin dans le livre si documenté et si clair des auteurs, que parmi les anxieux constitutionnels.

Nous dirions volontiers, pour résumer notre position, que les anxieux vestibulaires sont, suivant les cas, de petits ou de grands anxieux, et avant tout des « anxieux acquis », selon l'expression consacrée, encore que la « constitution anxieuse » de tel ou tel petit vestibulaire puisse jouer un rôle très important dans l'apparition et le degré de l'anxiété vestibulaire. Et sans vouloir généraliser outre mesure en partant de cet exemple particulier, dûment observé dans notre pratique, nous nous demandons cependant si les grands accidents nerveux d'ordre très varié qui apparaissent à un moment de la vie chez des sujets constitutionnellement émotifs, ne trouvent pas dans une irritation localisée acquise, dans ce qu'on appelle une « épine » plus ou moins négligée, un facteur d'importance pratiquement considérable, qu'il importe de rechercher plus que jamais chez les sujets considérés jusqu'à maintenant comme atteints de névrose.

Traitement.

Le traitement de l'anxiété vestibulaire s'inspirera avant tout de l'idée que ce complexe résulte de la combinaison en proportion variable de deux éléments : l'élément anxiété et l'élément vestibulaire. L'enquête clinique aura permis de démêler dans bien des cas la valeur respective de ces deux facteurs. Le médecin se

(1) Henri Claude et Levy-Valensi. *Les Etats Anxieux*, Paris 1938 (Maloine, éditeur).

trouvera donc soit devant un cas à *prédominance vestibulaire*, soit devant un sujet surtout anxieux. Il sera d'ordinaire relativement aisé de faire comprendre au premier avec quelle facilité des impressions d'origine vestibulaire peuvent provoquer un grand malaise ou une anxiété égale et même supérieure à celle qu'il connaît, en évoquant les sensations affreuses du mal de mer qui reconnaissent surtout une activité excessive et désordonnée du système otolithique. Un grand apaisement pourra naître de cette notion et de l'espoir qu'elle apporte ; ce temps thérapeutique initial ne doit pas être négligé. Quand il s'agit d'un anxieux vestibulaire, à *prédominance anxieuse*, qui aura été souvant entretenu dans l'idée que tout était « nerveux » chez lui, il pourra être profitable de lui communiquer par degré la conception qu'on aura de lui, et de lui affirmer seulement, au début, que, pour une certaine part, les troubles dont il souffre reconnaissent une origine organique, et que cette base peut être modifiée. Bien des sujets dont l'anxiété était augmentée parce que, suivant leur expression, « on ne trouvait pas la cause de leur mal », seront apaisés dans leur tristesse et se prendront à espérer,

C'est alors qu'il y aura lieu de mettre en jeu la série des médications que peuvent commander soit l'état de la pression artérielle, plus souvent trop faible que trop élevée, soit celui de la formule sanguine, en n'oubliant jamais de traiter d'abord ces deux facteurs et aussi longuement qu'il le faut créer un terterrain favorable à la suite du traitement. Nous avons cru remarquer, en effet, que les diverses autres médications que nous allons indiquer ont paru sans effet et ont même été parfois défavorables, quand on n'avait pas pris la précaution préalable de relever la tension artérielle faible et de traiter l'anémie.

C'est alors qu'il sera indiqué de faire entrer en scène les moyens propres à calmer les incitations qui partent des appareils semi-circulaires ou otolithiques et à empêcher les réflexes consécutifs qui ont leur centre ordinaire dans le bulbe.

Dans ce sens, l'emploi de l'éthylphénylmalonylurée, du véronal sodique, de la belladone, de la jusquiame, de la pilocarpine, de l'aspirine, isolés, associés ou alternés, et à dose faible d'abord, nous ont paru les plus actifs et les mieux appropriés.

L'emploi de boissons chaudes aux repas et en dehors des repas constitue un adjuvant qu'on ne doit pas négliger ; il est certain que l'ingestion de boissons glacées ou même froides, telles que la bière, peuvent déclencher des crises d'anxiété vestibulaire très pénibles, accompagnées de vaso-constriction généralisée. C'est contre ces accidents aigus qu'il sera surtout utile d'employer des préparations, telles l'acétylcholyne, la trinitrine ou leurs dérivés et formes spécialisées bien connues.

Lorsque le sujet se sentira nettement modifié, lorsque la tendance à la vaso-constriction qu'il connaît bien et les changements brusques de température des membres auxquels il était sujet se seront estompés ou auront disparu, le moment sera venu de réhabituer peu à peu l'anxieux vestibulaire à sortir, d'abord accompagné, puis en marchant avec un appui (une bicyclette qu'il conduit par le guidon, une canne, etc.), puis seul autour de sa maison, et enfin seul vers une maison amie peu éloignée où il est sûr de pouvoir trouver au besoin du secours.

De bonne heure, on pourra conseiller au sujet de faire de la bicyclette et il aura souvent d'ailleurs trouvé de lui-même ce moyen d'échapper à sa faiblesse, à son déséquilibre physique et à son anxiété.

Dans les cas récents, le succès sera d'ordinaire assez rapide, dans les cas anciens dont nous avons eu plusieurs exemples, il faudra s'armer de patience devant des progrès plus lents et ne pas désespérer en face de retours offensifs d'accidents que l'on avait cru définitivement vaincus.

Le pronostic de l'anxiété vestibulaire n'est donc pas mauvais quand la propension à l'anxiété n'est pas foncière et dominante ; mais malgré certaines transformations très heureuses obtenues assez rapidement, le médecin ne devra pas trop s'abandonner à une confiance complète dans la guérison totale et définitive ; non seulement en raison de récidives toujours possibles, dont nous avons dit un mot, mais du fait de certaines fantaisies psychologiques devant lesquelles nous nous sommes plusieurs fois trouvé.

On verra, en effet, quelquefois un anxieux vestibulaire qui aura réagi normalement au traitement d'ensemble, convenir bientôt qu'il est transformé, qu'il peut désormais déambuler normalement et sans angoisse, non seulement dans la clinique ou dans sa maison, mais dans la rue, et qu'il se trouve en état de reprendre ses occupations antérieures, avoue pourtant, soit directement, soit par lettre, qu'il a perdu le goût de la vie normale, qu'il s'était fait à une vie réduite, et qu'il préfère ne pas user des possibilités qui lui ont été offertes. Certaines femmes, toutes joyeuses de savoir qu'elles peuvent désormais sortir sans angoisse et déambuler sans cette désagréable sensation d'instabilité qui les tenaillait autrefois, préfèrent la vie de recluse à laquelle elles avaient dû se résigner, et optent pour elle au grand étonnement du médecin et malgré les objurgations de l'entourage. On se trouve alors en face d'un travers de caractère contre lequel il est difficile d'agir. Une fois, nous avons appris qu'une de ces « recluses volontaires » avait repris une activité normale sous l'impérieuse nécessité créée par des malheurs familiaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 26 juin 1939

Sur les relations entre la pression colloïdo-osmotique et le quotient sérum albumine globulines du sérum. — M. Paul Meyer.

ACADEMIE DE MEDECINE

(Séance du 4 juillet 1939

L'Œuvre de Préservation de l'Enfance contre la Tuberculose (Œuvre Grancher). — M. Marfan expose le fonctionnement et signale les résultats de l'Œuvre de protection de l'enfance contre la tuberculose, créée par Grancher en 1903.

Elle est fondée sur cette notion, que Grancher a beaucoup contribué à établir, que la tuberculose de l'enfant est le plus souvent le résultat d'une contagion familiale. Elle consiste à placer à la campagne, chez des paysans sains, les enfants, reconnus sains, de parents tuberculeux.

L'épreuve du temps a montré qu'elle est éminemment bienfaisante. La mortalité par tuberculose est à peine de 1 pour 1.000, alors que, dans le groupe des enfants qui

restent en contact avec leurs parents tuberculeux, elle atteint souvent et dépasse parfois 100 pour 1.000.

L'Œuvre s'efforce de ne pas rompre le lien familial. Lorsque la marche des choses permet aux parents de reconstituer un foyer salubre, l'enfant leur est rendu. En cas contraire, il reste le pupille de l'Œuvre jusqu'à 14 ans. Alors, ou il est mis en apprentissage, ou il reste dans sa famille nourricière qui, souvent, finit par l'adopter et l'emploie aux travaux agricoles. Ainsi il se rattache à la terre, inappréciable bienfait. Par là l'Œuvre Grancher complète son action de sauvetage de la race.

Aujourd'hui l'Œuvre Grancher comprend deux parties. La première, la plus ancienne, est l'Œuvre parisienne, l'Œuvre mère ou centrale. La seconde comprend les filiales des départements, aujourd'hui au nombre de 60.

L'Œuvre parisienne entretient sept foyers situés dans les départements voisins de la Seine ; elle y élève de 250 à 300 pupilles. Dans deux de ces foyers, elle a organisé un centre d'élevage pour les nourrissons. Les filiales des départements entretiennent plus de 4.000 pupilles ; la plupart ont aussi créé des centres de nourrissons.

Si les ressources de l'Œuvre étaient plus considérables, elle pourrait accueillir un plus grand nombre de pupilles. Mais l'élévation du coût de la vie l'oblige à ne pas l'augmenter. Avant la guerre, un pupille ne lui coûtait guère plus de 1 franc par jour. En 1939, les pupilles âgés de plus de trois ans lui coûtent 10 francs par jour et les nourrissons 15 francs.

Si en dépit de ces conditions, l'Œuvre a pu ne pas diminuer le nombre de ses pupilles, elle le doit à ses bienfaiteurs et aux subventions des pouvoirs publics ; elle le doit aussi aux admirables dévouements qu'elle a suscités.

Le poumon isolé. — MM. Léon Binet et Daniel Bargeton projettent un film réalisé au Laboratoire de Physiologie de la Faculté de Médecine grâce à la compétence technique du Dr Vallancien. Il montre comment on peut assurer la survie d'un poumon isolé de l'organisme, maintenir son intégrité morphologique et fonctionnelle, en analyser le comportement. Quelques exemples illustrent le parti que l'on peut tirer de la technique du poumon isolé dans l'étude des fonctions pulmonaires. Ces exemples ne font que donner un aperçu du champ très large de possibilités offert par l'étude du poumon isolé. Echanges respiratoires, questions bactériologiques, phénomènes chimiques, bronchomotricité, vasomotricité, troubles pathologiques divers ont déjà été explorés avec fruit en utilisant la technique illustrée par le film.

B. C. G. — M. Rist fait une communication sur le risque tuberculeux chez les élèves des Ecoles d'infirmières et l'opportunité de leur vaccination au B. C. G.

Le Rauwolfia vomitoria. — Le Professeur Perrot, qui a souvent attiré l'attention de l'Académie de Médecine sur l'intérêt de l'étude systématique des drogues utilisées par la thérapeutique indigène dans les diverses régions de l'Empire Colonial Français, présente un travail de M. Raymond-Hamet sur une drogue de l'Afrique Occidentale Française, le *Rauwolfia vomitoria*, dont on avait signalé dès 1818 les nombreux usages qu'en font les guérisseurs africains, mais qui n'avait pas été étudiée jusqu'à ce jour. Cette drogue s'est montrée à la fois un émétique puissant, un purgatif énergique, un sédatif nerveux, enfin un paralysant du système nerveux sympathique.

Indice morphologique. — Le médecin général Félix Pasteur fait une communication sur la morphologie de l'homme et la valeur numérique de son indice tiers. Cet indice tiers sert de coefficient commun à tous les segments du corps et permet d'établir non seulement leurs proportions harmoniques et leurs correspondances physiologiques de longueur, de surface et de volume, mais encore l'ordre et la succession de leurs divers éléments entre eux, leur organe tout entier et la taille. Cette synthèse numérique s'étend aussi en les complétant, les expliquant, les coordonnant dans une même association solidaire d'équivalence et de réciprocité, à toutes les mesures anciennes et modernes, artistiques, anthropologiques, judiciaires et médicales.

Vaccination antivariolique au moyen des cultures in vitro **du virus vaccinal appliqué par scarification.** — M. Harry Plotz a réussi à cultiver le virus de la vaccine *in vitro* par une méthode qui donne assez de virus pour que ces cultures puissent être appliquées par scarification. Ces cultures sont dépourvues de tout microbe ou virus secondaire. Ce virus de culture est absolument identique au virus obtenu chez la génisse. Le vaccin de culture, inoculé à l'enfant, produit de petites lésions locales, sans retentissement sur l'état général, et la cicatrice qui en résulte est imperceptible. Ce vaccin desséché conserve son activité pendant des mois et, dans les colonies, résiste aux grandes élévations de température. L'importance de ce vaccin pour les colonies est donc évidente.

Plus de 50.000 vaccinations ont été faites avec ce vaccin, dont 13.000 ont été contrôlées. Ces vaccinations ont été faites dans les colonies, dans l'armée, et dans différents pays.

CONGRÈS

VIe CONGRES DES MEDECINS CONSEILS ET CONTROLEURS

Le VIe Congrès national annuel de l'*Association des Médecins Conseils et Contrôleurs* s'est tenu à Nice, du 26 au 29 mai 1939. Il réunissait de nombreux médecins conseils et contrôleurs de Caisses d'Assurances Sociales, des Unions Régionales et de diverses Caisses Mutuelles et de Prévoyance de toutes les régions de France.

M. le Ministre de la Santé Publique s'était fait représenter par le Dr Leclainche, Inspecteur Général Technique au Ministère et M. le Ministre du Travail, par M. Sénequier, Directeur du Service Régional des Assurances Sociales, suppléé par M. Taladoire.

Le Président de l'Association, le Professeur Vanverts, dirigea les séances d'études avec la collaboration du docteur Perret, Secrétaire générale.

C'est au docteur Gruzu que l'on devait l'organisation matérielle de la manifestation et tout son succès.

Une séance de Commission et trois séances plénières se sont tenues au Centre Universitaire Méditerranéen où M. le Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille et le Professeur Mignon avaient bien voulu accueillir le Congrès et mettre à sa disposition les magnifiques salles de congrès.

La première question à l'ordre du jour était : **Le Contrôle des Assurés Assistés.**

Le docteur Gossart, rapporteur, signale l'importance des dépenses d'assistance médicale gratuite pour les étrangers, les abus fréquents d'inscriptions sur les listes d'assistance et la complexité de la plupart des systèmes actuels de formalités administratives.

Il indique, par ailleurs, la solution nouvelle qui vient d'être appliquée dans l'Oise et qui, par son système de « fiches carbonées », simplifie les écritures, facilite le contrôle et accélère les prestations.

De leur côté, les docteurs Bernard, Carrié et Charruyer, de Limoges, exposent, au Congrès, le sytème utilisé dans

la Haute-Vienne qui, par un « fiche de position » permet de connaître exactement la situation individuelle et familiale de chaque assuré assisté.

Après des échanges de vues animés sur les nombreux excès que la plupart des médecins contrôleurs ont pu, au cours de leur exercice quotidien, constater, dans le fonctionnement de l'assistance médicale, on est arrivé à cette conclusion que les causes de cette situation restent hors d'atteinte du contrôle médical, si avisé soit-il, et le vœu suivant a été adopté :

« Le Congrès trouve, dans l'expérience du contrôle, « confirmation que beaucoup d'inscriptions sur la liste « d'assistance sont abusives.

« Il a constaté, par l'analyse des cas d'espèces, que ces « inscriptions abusives ont souvent des motifs qui sortent « du domaine de la technique.

« Le Congrès est d'avis que la qualité d'assisté ne « devrait être attribuée que sur l'avis d'un service social « technique spécialisé et indépendant. »

La deuxième question concernait : **Le Contrôle des Soins Spéciaux.**

Le docteur Raymond, dans son rapport, essaie de définir les soins spéciaux. Il en exclut les actes de chirurgie générale, de même que les interventions chirurgicales faites par des praticiens spécialistes en ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, etc., chaque fois qu'ils présentent un caractère nettement opératoire. Par contre, certains soins comme cathétérisme, dilatations, lavages... faits par un praticien ou un médecin spécialiste seront considérés comme « soins spéciaux », s'ils sont pratiqués en série.

En outre, il convient de ranger, dans les soins spéciaux, les investigations et traitements radiologiques parce qu'ils nécessitent un outillage particulier, de même que toutes les interventions comportant l'emploi de l'électricité. Ces actes si variés ont ceci de commun qu'ils entraînent, avant prise en charge, un contrôle des caisses. Le docteur Raymond indique que ce contrôle est d'autant plus délicat qu'il s'agit souvent de techniques très spécialisées que ne peuvent pas toujours connaître à fond les médecins contrôleurs.

Les rapports des docteurs Jaulin et Millot confirment les conclusions du docteur Raymond, et insistent sur la nécessité du contrôle technique des appareillages utilisés, ceci afin de limiter, autant que possible, les abus auxquels peuvent donner lieu parfois ces traitements difficilement contrôlables.

Il ressort également des raports et de la discussion que la nomenclature actuelle ne satisfait ni les praticiens, ni les médecins contrôleurs et tout le monde s'accorde à demander que l'on envisage sa refonte complète.

Enfin, il a paru, à tous les congressistes, comme éminemment souhaitable que les malades puissent posséder des clichés radiologiques ou le résultat des analyses effectuées, en particulier par les hôpitaux, ceci afin d'orienter les diagnostics que d'autres médecins pourraient être amenés à établir ultérieurement.

La troisième question à l'ordre du jour concernait : **Les Commissions Techniques Maladie-Maternité.**

Le rapport était présenté par le Professeur Vanverts, Président de l'Association. Il met en évidence la variabilité des Commissions selon les régions et la difficulté de trouver, comme Président, un médecin connaissant à la fois la loi sur les Assurances sociales et tous les cas de spécialité qui peuvent se poser.

Enfin, le siège de la Commission Technique, les délais de réunion n'ont pas été sans provoquer souvent de nombreuses difficultés d'application.

Le Secrétaire Général, le docteur Perret, résumant les diverses remarques et propositions des congressistes, propose que les Commissions Techniques Maladie-Maternité soient transformées à l'image des Commissions Techniques Invalidité qui donnent beaucoup plus de satisfaction à toutes les parties intéressées par la stabilité de leur siège et par la permanence de leur Président.

Le Congrès se rallie alors à un projet de fonctionnement des Commissions Techniques constitué de la façon suivante :

— Une seule Commission par département.

— Un médecin Président désigné d'avance, toujours le même, choisi de préférence parmi les médecins ne faisant plus de clientèle et ayant, par son expérience et sa vie professionnelle antérieure, une autorité indiscutable. Ce Président instruisant personnellement l'affaire, provoquera la réuion de la Commission et pourra confier des expertises à un spécialiste qu'il choisira lui-même, sous sa responsabilité.

Les congressistes eurent, en outre, la possibilité de visiter l'établissement du docteur Pascal, à Cannes (cure solaire). Le dimanche matin, ils assistèrent à la présentation d'un film sur l'hôpital hélio-marin interdépartemental d'Hyères et à un exposé du docteur Félix Bérard sur la technique de la cure du travail et sur la réadaptation ouvrière qui est pratiquée à Hyères. Le docteur Bérard a indiqué les premiers résultats, déjà fort appréciables, qu'il avait pu obtenir dans la récupération sociale des tuberculeux osseux.

Enfin, le docteur Faure a montré également en quelques mots les possibilités de la physiothérapie dans certaines infirmités et les réadaptations sociales qu'il a pu obtenir par ces méthodes.

Au cours des réceptions et excusions organisées, les congressistes et leur famille ont pu apprécier tout le charme de la Côte d'Azur et les qualités thérapeutiques indiscutables de son climat.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 10 juillet. — Jury : MM. Léon Binet, Couvelaire, Hazard, Vignes. — M. Lignac. Contribution à l'étude des phénomènes respiratoires en circuit fermé. — M. Meadeb. Etude comparative des mesures de la vitesse circulatoire par la méthode à la fluorescéine et par des méthodes sapides. — M. Mabileau. Evaluation quantitative des gonadoptrophines sériques dans le diagnostic de la gestation et en particulier des gestations extra-utérines. — M. Petit. A propos de quelques cas atypiques d'hémorragies rétro-placentaires. — M. Chauchard. Le mécanisme de la régulation nerveuse des organes végétatifs. — M. Ferrari. Contribution à l'étude du mécanisme d'action des médicaments antiseptiques, et en particulier de l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol. — M. Glomaud. Microdosage du magnésium par l'O oxyquinoléine dans le sang et les milieux biologiques.

Jury : MM. Abrami, Chiray, Robert Debré, Donzelot. — M. Bern. Contribution à l'étude des formes digestives de la maladie de Basedow. — M. Aubry. Contribution à l'étude des cholecystostomies. — M. Mathé. Les pseudo-cancers gastriques dans la maladie de Biermer. — M. Lemanissier. L'absence des réactions tuberculiniques chez les sujets infectés par le bacille de Koch. — M. Nouaille. L'infarctus pulmonaire des artério-scléreux. — Mlle Reich. Contribution à l'étude de l'ossification dans la maladie de Basedow chez l'enfant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONTRE LA RETRAITE POMARET

Ordre du jour de la Fédération Corporative des Médecins de la Région Parisienne

« Le Conseil d'administration de la Fédération Corporative des Médecins de la Région Parisienne, réuni le 30 juin 1939,

Considérant : que l'institution par voie législative d'une retraite facultative, mais comportant des versements obligatoires pour tous les médecins, serait, au regard des médecins qui ne voudraient pas ou ne pourraient pas prendre leur retraite, une iniquité, puisqu'ils seraient victimes d'une véritable spoliation au profit de médecins qui, plus favorisés par la fortune, pourraient prendre leur retraite ;

Qu'un versement annuel supplémentaire, imposé aux médecins au delà de l'âge fixé pour la retraite, constituerait une « pénalisation » injustifiée qui aggraverait l'iniquité commise à l'endroit des médecins qui ne pourraient pas prendre leur retraite ;

Considérant : que la retraite entraînerait, *ipso facto*, la perte de la faculté de pouvoir user des droits actuellement attachés au diplôme de docteur en médecine, sans limite dans le temps ;

Que l'institution par voie législative d'une retraite facultative, mais comportant des versements obligatoires pour tous les médecins, serait une première étape vers une retraite obligatoire pour tous les médecins à un âge donné, nonobstant le caractère de profession libérale attaché à la profession médicale,

Repousse le projet actuellement proposé par la Confédération.

Considérant, d'autre part, que les médecins ont, comme tous les citoyens, souvent sans savoir et hélas parfois sans pouvoir le réaliser, le désir :

1° D'assurer dans la mesure du possible, leur existence matérielle et celle de leur foyer, lorsque l'âge ou la maladie les mettront dans l'impossibilité totale ou partielle d'exercer leur profession ;

2° De se préoccuper, *a fortiori*, des conditions d'existence matérielle de leur foyer, si son chef venait à disparaître ;

Estimant remplir, pour la région parisienne, un devoir qu'elle eût aimé voir accomplir pour l'ensemble de la France,

La Fédération Corporative des Médecins de la Région Parisienne invite de façon pressante les médecins de la région parisienne :

1° A demander aux institutions de prévoyance actuellement existantes et à tous autres procédés qui leur paraîtraient plus adéquats, les moyens de parer matériellement aux éventualités malheureuses qui peuvent se présenter à toute époque de leur existence ;

2° A prendre, en conséquence, dès que possible, et à intensifier autant qu'ils le pourront, ces mesures de prévoyance pour lesquelles ils se seront librement décidés.

Exprime enfin le souhait :

Que grâce à des mesures de justice et de sagesse qui s'imposent, les médecins se voient rendre la possibilité matérielle de se conduire en prévoyant de l'avenir. »

PRATIQUE MÉDICALE

SUR UN CAS D'ULCÈRE DUODÉNAL TRAITÉ PAR LA LARISTINE

par le Dr Rieusset-Pécholier, de Montpellier (1)

L'auteur publie un cas excessivement intéressant d'ulcère gastro-duodénal traité par la laristine.

Cette observation, que l'on peut rapprocher du travail du Dr Gariel paru également dans le *Concours Médical* (n° 44, octobre 1938), est une contribution nouvelle à la thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux par les injections d'histidine.

Il est inutile de rappeler ici les multiples travaux parus sur la question (Weiss, Aron, Desplas, Lenormand, Fournial, Castaigne, Chaumerliac, Comisioner, Martin etc.), mais on peut conclure, avec les auteurs, qu'au point de vue pratique, la thérapeutique par l'histidine possède de nombreux avantages et qu'elle représente le médicament de base de la maladie ulcéreuse, car elle constitue une thérapeutique immédiate, efficace et raisonnée. Ce qui fait son intérêt primordial, c'est son action manifeste sur le rythme et l'intensité des poussées ulcéreuses, mais on ne saurait trop rappeler qu'il est imprudent de demander à une seule cure laristinée un effet définitif et qu'il convient d'administrer aux ulcéreux des cures d'entretien plus ou moins espacées, selon le malade. Ces cures d'entretien, consécutives à la cure d'attaque de 21 injections doivent être pratiquées au moins deux ou trois fois par an (12 piqûres par cure), sans attendre le retour offensif de la maladie.

On sait que la laristine est la solution injectable indolore et absolument atoxique dosée à 4 p. 100 d'histidine neutralisée.

Le traitement suffisant pour enrayer la crise dure environ trois semaines (1 injection quotidienne de 5 cm³ par voie sous-cutanée ou intramusculaire).

(1) *Concours Médical*, Paris, n° 2, 8 janvier 1939.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PURPURAS

Les purpuras forment un syndrome clinique commun à de nombreuses affections, et caractérisé principalement par l'apparition *d'hémorragies cutanées spontanées*.

Ces hémorragies constituent un *symptôme* parfois le plus important, parfois secondaire, de ce syndrome qui reconnaît des causes multiples.

C'est la recherche de ces causes, d'une part, l'évolution du purpura, et, partant, son pronostic, d'autre part, qui font tout l'intérêt de cette question.

Le syndrome purpurique.

L'élément purpurique est une tache hémorragique de la peau qui ne s'efface pas à la pression.

Intradermique, cette tache est généralement *rouge* et *petite*. Suivant les dimensions ce sera une « pétéchie » ou une « tache purpurique », ou une « vibice » (linéaire et parallèle aux plis de flexion).

Hypodermique, la tache est plus étendue, ses bords sont moins nets, sa teinte bleutée : c'est l' « ecchymose purp. ».

Une telle éruption se développe plus volontiers *aux membres*, et surtout à la face antéro-interne des jambes,

mais peut être généralisée. Elle évolue habituellement *par poussées successives* et suivant les cas :

1° Ou bien le purpura reste cutané : *P. simplex.*

2° Ou bien au P. cutané s'associent des hémorragies des muqueuses ou des séreuses : *P. hémorragique*, dont la pathogénie est la même (Hémorragies linguales, gingivales, nasales, intestinales, méningées, etc...)

Signes hématologiques.

Ils sont de deux ordres :

1° Ceux qui traduisent les modifications humorales favorisant l'hémorragie :

Essentiellement : *l'augmentation du temps de saignement* (qui de 3' normalement atteint et dépasse souvent 10, 20') ; l'*irrétractibilité* du caillot ; enfin : la *grande diminution du nombre de plaquettes sanguines ;*

2° Ceux qui traduisent les modifications des capillaires sanguins : le plus facile à mettre en œuvre étant *l'épreuve du lacet* qui, positif, indique l'*extrême fragilité capillaire* et permet, dans une certaine mesure, d'en préciser l'intensité et la diffusion.

Tous ces signes sont les témoins des perturbations qui sont à l'origine du syndrome purpurique, mais ne suffisent pas à en éclairer la *nature*. Certains auteurs s'adressent à l'examen histologique du tissu purpurique et décrivent les purpuras *angio-atoniques* et *dégénératifs*, par opposition aux purpuras *inflammatoires* où semblent dominer les lésions de « capillarite ».

Diagnostic différentiel.

Il est le plus souvent évident et les caractères propres de l'éruption font rapidement éliminer les diagnostics de nævi vasculaires, ecchymoses simples traumatiques, piqûres parasitaires... Mais, étant donné la possibilité de formes de transition ou d'associations pathologiques, le diagnostic peut être délicat quant à l'éruption purpurique s'associent des érythèmes polymorphes, et, en particulier, des éléments noueux contusiformes.

En fait, tout l'intérêt de la question est résumé par *le diagnostic étiologique.*

La distinction classique entre *P. primitifs* et *P. secondaires* constitue, dans l'état actuel de nos connaissances, un cadre d'attente, et les travaux modernes tendent de plus en plus, à rétrécir le champ des premiers au profit des seconds.

Les Purpuras secondaires

S'observent au cours des maladies les plus diverses et ont la valeur d'un *symptôme*, mais dans la majorité des cas, d'un symptôme *de gravité*, qui traduit autant la mauvaise qualité du terrain, que la gravité de l'infection ou de l'intoxication causale.

A) Sans insister sur les *P. mécaniques — de cause locale* tels que les P. qu'on peut observer sur un membre comprimé par un pansement ou un garrot, ou par un plâtre, distendu par un œdème volumineux — tels les P. de la face et du cou, passagers après une violente quinte de coqueluche, etc. — nous envisagerons surtout :

B) Les *P. de cause générale*, qu'un examen complet découvre.

I. Les P. toxiques paraissent de plus en plus fréquents et les intoxications les plus variées sont susceptibles d'en déclencher l'apparition.

Intoxications accidentelles au plomb, au CO, à l'arsenic, par viandes avariées.

Intoxications professionnelles par le benzol, la benzine, donnent volontiers des P. hémorragiques graves.

Intoxications médicamenteuses par la quinine, le salicylate de soude, les composés iodiques, les sérums usuels, etc.

Le plus important d'entre ceux-ci est certainement :

Le P. arsénobenzolique, symptôme d'alarme auquel il faut savoir attribuer toute sa valeur ; précédé souvent d'un clocher thermique, annoncé par une hémorragie muqueuse, sa survenue rapide commande un examen sanguin et, dans tous les cas, un *arrêt absolu du traitement*, car il sera souvent le premier signe d'une anémie aplastique ou d'un syndrome agranulocytaire.

II. Les P. infectieux secondaires.

Ils sont très fréquents, pouvant survenir au cours de toutes les maladies infectieuses dans leurs formes bénignes, mais plus facilement dans les formes graves.

1° *Dans les affections aiguës bucco-pharyngées.*

Les phénomènes purpuriques se voient volontiers quand il s'agit d'une angine ou d'une stomatite ulcéro-membraneuse.

La diphtérie au premier chef — et il faut opposer : le P. simplex et discret contemporain de l'angine, bien influencé par la sérothérapie, du P. hémorragique de la période du syndrome secondaire malin, contemporain de l'adynamie, de l'hypotension, des troubles cardiaques, etc., — dont le pronostic est désastreux.

Certaines *angines aiguës streptococciques*, sur un terrain hématologique prédisposé, peuvent se compliquer de poussées purpuriques, dont le pronostic reste en général bénin, mais, dans tous les cas, l'apparition d'une telle éruption au cours de toute angine aiguë commande, autant que tous examens bactériologiques, un *examen du sang*, car on sait que pendant un certain temps c'est ce masque trompeur que peut revêtir la *leucémie aiguë*, avant l'apparition de splénomégalie et d'adénopathie : le diagnostic n'étant posé que devant la notion de leucocytose considérable avec prédominance de cellules primitives. Il s'agit ici, dans la règle, d'un P. avec hémorragies diffuses qui peuvent suffire à entraîner la mort, autant que les manifestations infectieuses.

2° *Au cours de fièvres éruptives.*

Les formes purpuriques de fièvres éruptives sont bien connues et d'autant plus graves que le P. apparaît plus tôt. Assez rare dans la rougeole, le P. est plus fréquent :

Dans la scarlatine : soit scarlatine maligne, à début rapide, signes généraux d'emblée alarmants, éruption d'emblée purpurique, rapidement mortelle.

Soit scarlatine moyenne : le P. survient alors plus volontiers à son décours, annonçant l'imminence d'une complication.

Dans la variole : le P. peut y survenir à l'une quelconque de ses phases évolutives, mais on en isole une forme hémorragique toujours très grave,

Dans le typhus exanthématique.

3° *Au cours des septicémies*, le P. est toujours un symptôme d'extrême gravité.

Dans la fièvre typhoïde, qui est d'autant plus sévère que le syndrome purpurique est plus précoce, il s'agit ici quasi toujours d'un P. hémorragique (métrorragies, hémorragies intestinales).

(A suivre.)

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

N° 57. — MERCREDI 19 JUILLET 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

Le côté chimique de la goutte, par M. Terray.
Rhumatisme amibien, par MM. H. Mamou et M.-J. Uzan.

Sociétés Savantes.

Académie de Médecine.

Pratique Médicale.

Formes cliniques des purpuras (suite), par M. G. Le Sueur.

Notes pour l'Internat.

INFORMATIONS

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Ribet, professeur sans chaire, est chargé provisoirement du cours d'anatomie en remplacement de M. le Professeur Leblanc, retraité.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Lafite-Dupont est nommé chef de travaux honoraire.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Aimes, agrégé, est chargé de l'enseignement du cours de propédeutique chirurgicale.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. Dombray, assistant, est délégué dans les fonctions de chef de travaux de bactériologie et médecine expérimentale.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Morel, agrégé, est chargé de la suppléance du cours de Mlle Condat, professeur de clinique médicale infantile (en congé pour deux mois).

Ecole de Médecine de Besançon. — Mlle Pernot est nommée professeur de chimie.

Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. — M. Adrien Piollet est institué professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicale.

M. Barrier est chargé provisoirement du cours d'anatomie descriptive.

Ecole de Médecine de Grenoble. — M. Abonnenc, professeur suppléant de physique et chimie est chargé en outre du cours de physique médicale.

Ecole de Médecine de Poitiers. — M. Fumeau, professeur suppléant, est maintenu pour un an.

M. Luce est nommé professeur de physique.

Ecole de Médecine de Tours. — M. Mercier, professeur suppléant de physique médicale, est nommé professeur de clinique ophtalmologique en remplacement de M. Cosse, retraité, à qui est conféré l'honorariat.

M. Chavaillon, professeur d'hygiène et hydrologie, est chargé du cours de parasitologie.

Sanatoriums publics. — A la suite des épreuves du concours ouvert le 13 juin 1939 au ministère de la Santé Publique, ont été déclarés, par ordre de mérite, aptes aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics (tuberculose pulmonaire) :

Mlle le Dr Ulrich, M. le Dr Viallet, M. le Dr Kerambrun, Mlle le Dr Prettre, M. le Dr Tisca, M. le Dr Fabre.

A la suite des épreuves du concours ouvert le 16 juin 1939 au ministère de la Santé Publique, ont été déclarés, par ordre de mérite, aptes aux fonctions de médecin adjoint des sanatoriums publics (tuberculose chirurgicale) :

M. le Dr Gérard, M. le Dr Olivier.

Légion d'honneur. — Guerre (réserve). — *Officiers :* MM. Beraud, Russo, Abel et Prevel. M. le Dantec (troupes coloniales).

MM. Trucy, Delorme, Chauliac, Aversenq, Modot, Pottier, Villejean, Job, Sotty, Chailly, Boidin, Mouriquand, Dolain, Viannay, Guglielmi, Bing, Audet, Sauvageot, Beaussart, Meslin, Lloubes, Person, Stepowski et MM. Lasserre et Mouzels (troupes coloniales), Roumagnoux et Loubat.

Chevaliers : MM. Legay, Guérin, Baudot, Margaillan, Savelli, Niel, Lallemant, Lesur, Solente, Gaudon, Mantelin, Audry, Lévy, Pin, Seta, Brule, Ricard, Huard, Roux, Codet, Ange, Morel, Gasiglia, Cottalorda, Cournet, Merlo, Casanova, Dutheil, Mavie, Sandino, Nedey, Corre, Bourlon, Rongier, Perichon, Devaux, Barbary, Courtois, Michelland, Maillefert, Montzat de Surrel de Saint-Julien, Brissac, Fage, de Coste, Door, Charrat, Senevet, Dubus et M. Tara (troupes coloniales).

MM. Laplanche, Ferrari, Girod, Arthaud, Bertrand, Ducellier, Matet, James, Durif, Hazera, Rey, Perrenot, Huc, Robert, Casella (troupes coloniales).

Travaux publics. — *Chevalier.* — Le Dr Mothe, secrétaire général de l'Union des Etablissements thermaux de France.

Guerre. — *Le Journal Officiel* du 9 juillet publie (pp. 8743 et suivantes) le tableau d'avancement du Service de Santé (réserves).

Médaille du Professeur F.-J. Collet (de Lyon). — A l'occasion de l'honorariat de M. le Professeur F.-J. Collet, ses collègues, ses élèves et ses amis ont pensé lui témoigner leur affection et leur reconnaissance en lui offrant une médaille dont l'exécution a été confiée au maître lyonnais Linossier.

Le Comité d'organisation est ainsi composé :

Président : Professeur Nové-Josserand ; vice-président : Professeur Tixier, Professeur Voron, Professeur Piéry, Dr Pont ; secrétaire général : Professeur Rebattu ; secrétaires adjoints : Drs Mayoux, Bertoin ; Trésorier : Dr Charachon ; assesseurs : Drs Mounier-Kuhn, Piaget, Gignoux, Sprecher.

Prière d'envoyer les souscriptions par chèque, mandat ou chèque postal au Dr Charachon : Médaille du Professeur F.J. Collet. Trésorier : Dr Charachon, 21, avenue de Saxe, Compte de chèques postaux, Lyon 819.85. Toute souscription de 100 francs donnera droit à un exemplaire de la médaille.

Clinique médicale des enfants, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Professeur : M. Nobécourt.

Vacances 1939 : M. Cathala, agrégé, donnera pendant les vacances (août et septembre) un enseignement clinique, *le matin à 9 h. 30.*

VIe Congrès national des Médecins Amis des Vins de France (Reims, 3, 4, 5, 6 septembre 1939). — Ce concours est placé sous la présidence d'honneur de M. le Dr Queuille, ministre de l'Agriculture, et sera présidé par M. le Professeur Portmann, sénateur de la Gironde.

La thèse du Congrès : *Le Vin et le jus de raisin dans les affections de l'appareil circulatoire,* sera soutenue par M. le Professeur Laubry.

Pour tous renseignements : s'adresser au Comité d'organisation, Dr Guénard, président, à Epernay, ou au commissaire du Congrès, Dr Fagouet, 57, cours Georges-Clemenceau, à Bordeaux.

Ecole d'application du Service de Santé des troupes coloniales. — Les chaires et emplois à l'école d'application du Service de Santé des troupes coloniales ci-après désignés sont déclarés vacants à compter du 31 décembre 1939 :

Chaire de clinique médicale et de pathologie exotique.

Emplois de : professeur agrégé d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, professeur agrégé de chimie et de toxicologie, chef de service d'électroradiologie et de physiothérapie, chef de service de stomatologie.

Les médecins et l'Amitié franco-hellénique. — Voyage à Athènes. — Une délégation de médecins français se rendra à Athènes du 15 au 29 août prochain, en visite d'amitié et d'étude, sous les auspices du ministre de Grèce et sous la présidence d'honneur du Dr R. Montant, chirurgien adjoint de l'hôpital américain de Neuilly.

Demander l'itinéraire, programme et les conditions exceptionnelles de ce voyage à l'*Association des Amis du Tourisme international,* 15, rue de la Pépinière, Paris. Tél. : Europe 54-16.

Médecins, chirurgiens et spécialistes présents à Paris pendant les vacances. — *Nous publierons, comme chaque année, les noms des médecins, chirurgiens et spécialistes qui voudront bien nous faire connaître qu'ils sont présents à Paris. — Adresser directement les renseignements au journal.*

Chirurgie. — Le Dr Batail, 39, avenue Kléber, sera présent à Paris pendant tout l'été.

CORRESPONDANCE

A propos de la déshydratation de l'organisme dans le traitement des dermatoses

Notre confrère, le Dr Schmidl (de Biarritz), à propos de l'article publié par le Dr Hecht dans *La Gazette des Hôpitaux* du 4 février 1939, nous signale qu'il a publié lui-même, il y a huit ans, dans *La Revue Médicale de Biarritz* (n° 12, octobre 1931) un travail rapportant des observations comparables en tous points à celles publiées par M. Hecht. Ce travail figure, d'ailleurs, sous le titre : « 440-B. — Mécanisme de la diurèse et Eczéma », dans la bibliographie des diurétiques mercuriels, publiés par la Société *Spécia.*

M. Schmidl rappelle sa priorité en la matière, en soulignant qu'en France, bien avant l'étranger, cette indication fort intéressante des sels de mercure a été posée, et aussi, qu'une théorie du mécanisme de la diurèse et de l'action de ces médicaments a été exposée.

LE COTÉ CHIMIQUE DE LA GOUTTE

Par le Dr Terray

médecin consultant aux eaux d'Aix-les-Bains

Bien que la goutte soit une maladie relativement rare — puisque, même en Angleterre qui est sa patrie d'élection, de grandes consultations de rhumatologie comme celle de la Clinique de la Croix-Rouge à Peto Place, ne comptent guère plus de 4 % de goutteux dans l'ensemble des malades examinés — la goutte, disons-nous, est au premier plan de l'actualité médicale. Le Congrès de Bath, la Société d'Hydrologie, la Réunion des Médecins de Saint-Antoine, la Ligue Française du Rhumatisme, l'ont mise tout à tour au premier rang de leurs programmes. C'est dire, étant donné la qualité des auteurs qui ont traité le sujet, que rien, ni de ses aspects cliniques, ni de ses aspects radiologiques, n'est resté dans l'ombre après les copieuses et courtoises discussions dont elle a fait l'objet.

Mais il semble qu'un côté de la question soit largement resté dans l'ombre et c'est du côté chimique de la goutte dont on pourrait peut-être sans inutilité dire aujourd'hui quelques mots.

Tout le monde admet que cette douleur atroce qui, sur le coup de minuit ou de l'aurore, vient frapper l'orteil du goutteux est provoquée par la précipitation intra-articulaire de cristaux d'acide urique, ce corps un peu mystérieux qui, dans l'imagination populaire — entretenue du reste par les images qu'elle trouve à la quatrième page des journaux — devient la cause de bien des maux dont souvent il est innocent.

Qu'est-ce que l'acide urique ?

Quelles sont les sources de l'acide urique ?

Pourquoi, à certains moments, l'organisme présente-t-il un excès d'acide urique ?

Tels sont les trois points qui font l'objet de ce modeste travail.

I. — Pour employer la terminologie du jour, nous rappellerons que nos aliments, comme nos propres tissus, comprennent des sels minéraux et, en outre, des glucides (hydrates de carbone), les lipides (graisses) et enfin des protéides (albuminoïdes).

Nos tissus sont plus particulièrement formés de protéides et de même que l'histologiste distingue des tissus de soutien (tissus conjonctifs et ses dérivés) et des tissus nobles (cellules glandulaires), — de même le chimiste distinguera le tissu conjonctif et ses dérivés par la constitution des albuminoïdes qui le composent, albuminoïdes vraies, contenant du soufre, alors que les albuminoïdes des tissus glandulaires, nucléo-albumines, contiennent du phosphore.

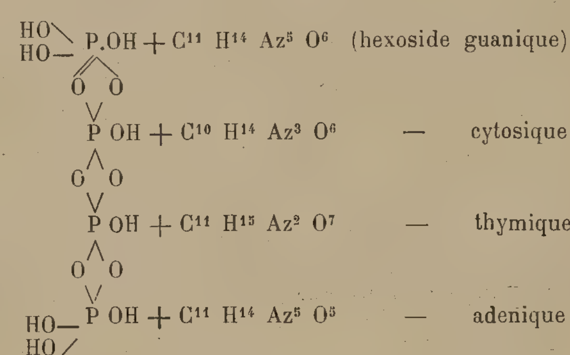
C'est là une division que tout le monde connaît, mais il n'est pas mauvais de temps à autre de rappeler des notions connues, d'autant que si l'auteur de ce travail a pu écrire, il y a quelques années déjà, que le rhumatisme chronique était à ses yeux la maladie du tissu conjonctif, la haute personnalité des maîtres qui ont préconisé la thérapeutique par le soufre est venue donner un précieux appui à une notion qui repose sur la constitution chimique même des tissus articulaires.

Ce n'est pas du tissu conjonctif ou de ses dérivés constitués d'albumines vraies que provient l'acide urique. C'est dans les nucléo-protéides des tissus glandulaires riches en phosphore qu'il trouve une place précise dans l'enchevêtrement des constituants moléculaires.

Imaginons un patient qui, à tort ou à raison, s'est réjoui d'un excellent ris de veau. La digestion stomacale va d'abord liquéfier les nucléo-protéines et même commencer le clivage de la molécule en albuminoïdes vraies ou dérivées et en nucléines contenant 2 à 7 % de phosphore. L'attaque des nucléines par le suc pancréatique libérera ensuite des albumines vraies et des acides nucléiniques, ou polynucléotides contenant 9 à 10 % de phosphore.

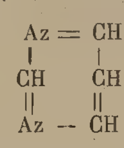
Examinons un peu cet acide nucléinique du thymus, dont la composition pondérale correspond à $C^{13} H^{61} Az^{15} O^{34} P^4 + 9 H^2 O$, et traitons-le par des acides étendus. Il va se dédoubler et nous révéler la composition et la structure de sa molécule.

Liés à une molécule d'acide tétramétaphosphorique, nous trouvons quatre hexosides :



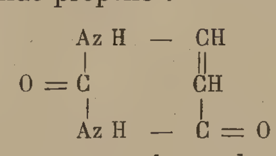
Ces hexosides sont formées elles-mêmes de l'union avec perte d'eau d'un sucre en C^6 (hexose) et de molécules dérivées :

a) Tant de la pyrimidine (métadiazine)



Ce sont la cytosine, la thymine et l'uracyle.

Qu'on nous excuse de donner la formule de l'uracyle ou uraminido-propène :



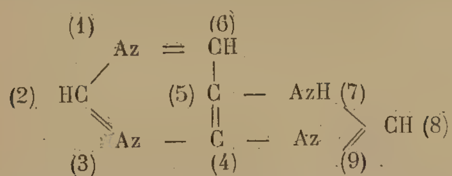
qui montre bien sa parenté avec la pyrimidine.

b) Que de corps de la série purique (adénine, guanine).

C'est là que nous trouvons l'acide urique comme un des termes du clivage des nucléo-protéides par les sucs digestifs.

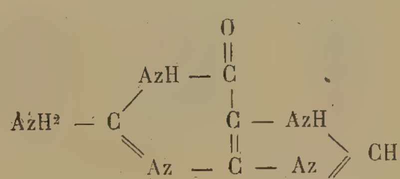
Examinons donc notre ennemi puisque c'est lui que nous avons à battre.

E. Fischer, qui s'est consacré à l'étude des corps de la série purique, a remarqué que leur constitution chimique avait un point commun formé d'un noyau fondamental auquel il a donné la forme et le nom de purine, noyau comportant neuf atomes (C et Az) numérotés de 1 à 9.

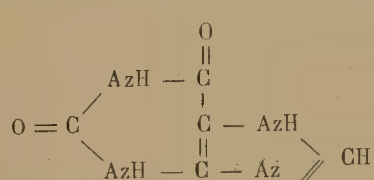


Il n'est pas sans intérêt pour le médecin de savoir que les corps de la série purique ne sont pas le monopole des nucléo-protéides et que non seulement ils existent dans le règne animal, mais qu'on les trouve dans le règne végétal où, au point de vue thérapeutique, ils jouent un rôle non négligeable.

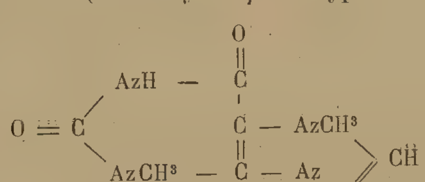
Si la guanine (imino 2 oxypurine 6)



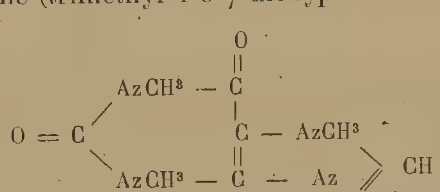
est extraite du guano, de la xanthine (dioxypurine 2-6),



qui existe dans l'urine de l'homme, dérivent en effet : la théobromine (diméthyl 3-7 dioxypurine 2-6)

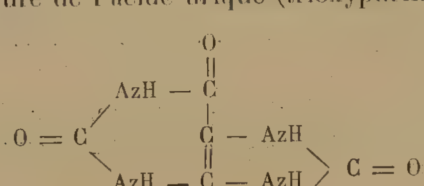


et la caféine (triméthyl 1-3-7 dioxypurine 2-6)

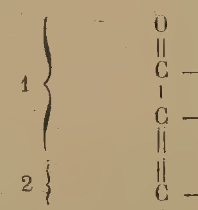


L'observation des cliniciens du passé sur l'action de certains aliments carnés n'était donc pas dépourvue de justification.

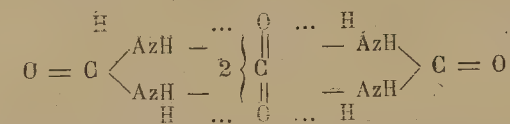
Enfin, quand le noyau de purine contient trois atomes d'oxygène, c'est une trioxypurine et nous retrouvons la figure de l'acide urique (trioxypurine 2-6-8)



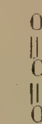
Si nous examinons de près cette molécule, nous pouvons observer comme nous l'avons signalé à Bath, qu'on peut la considérer comme formée d'un corps en deux parties :



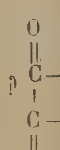
et de deux ailes :



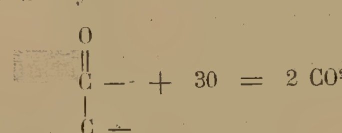
Si par hydrolyse, nous fournissons à l'ensemble ci-dessus deux molécules d'eau, nous allons obtenir :

a) une molécule d'anhydride carbonique  qui, dans l'organisme s'éliminera par le poumon ;

b) et deux molécules d'urée (carbamide, c'est-à-dire amide de l'acide carbonique $O = C < {OH \atop OH}$ chacun sachant que la fonction amide résulte du remplacement de OH par Az H^2 dans la fonction acide), et qui, elles, seront normalement éliminées par le rein.

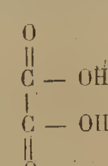
Que va devenir la partie principale du corps ? 

a) S'il y a oxydation seulement :



qui s'éliminent par le poumon.

b) Mais si, en même temps que l'oxydation (2O) se produit une hydratation (H^2O), au lieu de l'acide carbonique nous obtiendrons un corps de formule :



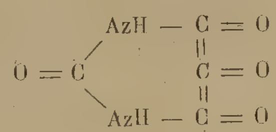
et ce corps, c'est l'acide oxalique formé à l'état naissant dans l'intimité des tissus. Ceux-ci présentent-ils un excès de calcium libre, l'affinité connue de l'acide oxalique pour le calcium donnera un oxalate de calcium insoluble dans les acides, pratiquement indestructible et qui, formé dans l'intimité même des tissus, y restera à la base des concrétions calcaires qui se retrouvent fréquemment dans les tophi. Ainsi, pour obtenir des concrétions d'oxalate de Ca, il faut deux conditions : d'une part, que les conditions du métabolisme favorisent l'hydratation, et, d'autre part, qu'il y ait présence de calcium.

En vain, on privera le malade d'oseille, ou de végétaux contenant de l'oxalate de calcium, les concrétions oxaliques n'en seront pas diminuées. Il est, du reste, peu vraisemblable d'imaginer que des cristaux d'oxalate de calcium insolubles dans les acides forts puissent pénétrer du tube digestif (milieu externe) dans les tissus (milieu interne). Et cependant, cette notion est très fréquemment admise même dans les milieux médicaux.

C'est intentionnellement que l'auteur de ce travail a schématisé la décomposition de l'acide urique en urée, acide carbonique et acide oxalique.

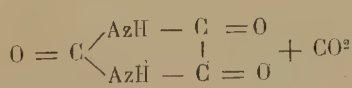
En fait, entre l'acide urique et les trois corps qui finalement en dérivent on admet généralement la formation de corps intermédiaires :

a) Une première oxydation avec hydrolyse fournit

de l'alloxane (mésoxalyluréide) 

et de l'urée $O = C{<}^{AzH^2}_{AzH^2}$

b) L'alloxane oxydée se transforme en acide parabanique.



c) L'acide parabanique par hydratation donne de l'acide oxalurique.

$$O = C{<}^{AzH - CO - COOH}_{AzH^2}$$

d) Enfin, l'acide oxalurique (uraminoethanoïque) hydraté à son tour, donne une molécule d'acide oxalique et une molécule d'urée.

Le lecteur verra en fin de compte apparaître dans ces décompositions successives les deux molécules d'urée, la molécule d'acide carbonique, et la molécule d'acide oxalique qui dérivent de l'acide urique par hydratation et oxydation.

II. — Nous connaissons maintenant l'acide urique. Nous savons qu'il est le produit de la digestion des nucléo-protéides, que celles-ci proviennent de notre alimentation ou qu'elles proviennent de nos propres tissus.

Nous savons que, normalement, chaque molécule d'acide urique formera deux molécules d'urée, une molécule d'acide carbonique, et que le reste, suivant les conditions du catabolisme, pourra former, soit de l'acide carbonique, soit de l'acide oxalique.

Il nous reste à étudier le cas anormal dans lequel l'acide urique ne fait l'objet d'aucun catabolisme et, non décomposé, se dépose dans les tissus. C'est bien là le cas de la goutte, comme nous l'avons vu au début de ce modeste travail.

Revenons à notre malade du début qui, à tort ou à raison, a donné au ris de veau la place d'honneur de son menu. Dans son intestin grêle, le suc pancréatique a libéré l'acide urique. Ce dernier a été porté au foie par le système porte.

Et voilà que la difficulté commence.

Si le fonctionnement du foie est parfait, les fonctions protéo-pexique et urico-lytique vont s'exercer sans faiblesse : il rentrera une molécule d'acide urique et il ressortira deux molécules d'urée et trois molécules d'acide carbonique.

Si le fonctionnement hépatique est moins satisfaisant, il pourra ressortir deux molécules d'urée, une molécule d'acide carbonique et une molécule d'acide oxalique. Déjà va se manifester la tendance aux concrétions calcaires.

Enfin, si la fonction uricolytique est momentanément inhibée, l'acide urique passera dans le torrent sanguin et empêchera l'osmose et l'évacuation de l'acide urique pouvant exister dans nos tissus. A saturation, l'accès de goutte sera à craindre.

De telles conceptions ne sont pas des vues de l'esprit.

On ne discutera peut-être pas la constitution chimique de l'acide urique, ni même le schéma de sa décomposition, — mais, sur le terrain physiologique, où la preuve rigoureusement scientifique est difficile, sinon parfois impossible, on pourra mettre en doute que le foie soit l'organe chargé de transformer en urée l'acide urique provenant des tissus ou de l'alimentation. Il est un fait certain, c'est que si l'on injecte à un chien normal de l'acide urique et des urates, on voit ces corps disparaître et l'urine se charger en urée. Si, par une fistule d'Eck (rattachement de la veine porte à la veine cave inférieure avec ligature de l'artère hépatique), on met le foie hors circuit rien de semblable ne se produit.

Quant au rein, à supposer qu'il puisse transformer en urée l'acide urique, on peut dire qu'il n'est pas le lieu exclusif de cette transformation. Son rôle est un rôle d'élimination de l'urée et des urates qu'il reçoit du sang et on voit tout de suite que si le dysfonctionnement hépatique a pour conséquence l'absence de destruction de l'acide urique, le dysfonctionnement rénal aura pour conséquence sa non-élimination, en sorte que l'hyperuricémie est la conséquence d'un dysfonctionnement hépato-rénal.

III. — Pouvons-nous tirer une conséquence pratique, au point de vue thérapeutique, des notions ci-dessus exposées ?

Il semble qu'il puisse être répondu par l'affirmative à une telle question.

1° D'abord, si un régime alimentaire sévère peut constituer un bon procédé pour amener une baisse du taux de l'acide urique dans le sang et même une lente — et parfois très lente — sédation des phénomènes douloureux de la goutte, ce procédé ne constitue pas une thérapeutique en soit, et il ne peut être considéré que comme le complément indispensable de la thérapeutique s'adressant à la cause.

2° La thérapeutique causale doit viser essentiellement à stimuler l'activité hépato-rénale, et aussi celle des tissus, puisque nous savons que c'est par l'oxydation et l'hydratation que s'obtient la lyse de l'acide urique.

Quant aux méthodes à employer, leur description sortirait du cadre de ce modeste article, et pourrait peut-être apparaître comme un hommage indirect rendu aux stations thermales depuis longtemps spécialisées dans le traitement des goutteux.

RHUMATISME AMIBIEN

Par MM.

H. Mamou
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

M.-J. Uzan.
Ancien Externe des Hôpitaux

Le rhumatisme compliquant une dysenterie amibienne est considéré classiquement comme très exceptionnel, contrairement au rhumatisme secondaire à une dysenterie bacillaire, dont on connaît de nombreux exemples. Cependant, des observations récentes parues tant en France qu'à l'étranger, ont attiré à nouveau l'attention sur l'existence de manifestations articulaires dans l'amibiase et l'intérêt qu'il y a à les reconnaître, afin de leur opposer un traitement émétinien efficace.

Historique.

Le rhumatisme amibien est simplement mentionné par les traités classiques.

Ce n'est que tout récemment que l'étude clinique et thérapeutique de cette variété de rhumatisme a été reprise.

En 1922, deux auteurs américains, Kofoïd et Swezy, rapportent un cas de rhumatisme amibien dont la nature est prouvée par la présence d'amibes dans les travées osseuses para-articulaires.

La même année, Ely trouve l'amibe dysentérique dans les selles de malades atteints de rhumatisme chronique hypertrophique.

Trois ans après, Barrow confirme l'étiologie amibienne de certains cas de rhumatismes et en donne la preuve thérapeutique.

Malgré ces faits, Pemberton, en 1923, dans son traité sur le rhumatisme chronique, reste sceptique quant à la réalité nosologique de ce rhumatisme et juge que les observations recueillies sont encore imprécises et insuffisamment contrôlées.

Les observations françaises sont de date plus récente.

En 1936, Glénard et Hilleret, au Congrès de l'amibiase de Casablanca, étudient les manifestations rhumatismales, séquelles de la dysenterie amibienne, et proposent une classification de ce rhumatisme, en se basant sur les travaux de Costes, Forestier et Lacapère.

En 1938, Chiray, Stieffet et Cauvin rapportent une observation de rhumatisme infectieux, à évolution subaiguë, survenant chez un colitique, et guérissant par le traitement antiamibien.

La bibliographie du rhumatisme amibien apparaît ainsi fort réduite, malgré le nombre considérable de travaux sur l'amibiase et ses complications.

Réalité nosologique du rhumatisme amibien.

La réalité du rhumatisme amibien ayant été mise en doute, il importe de réunir tout d'abord les preuves d'existence de cette variété étiologique des rhumatismes. Les arguments qui ont été apportés sont d'inégale valeur, et il importe de les interpréter et de les discuter.

1° *Les preuves cliniques* sont les plus nombreuses.

De nombreux auteurs qui ont étudié l'amibiase, ont noté, chez leurs malades, la fréquence de manifestations rhumatismales, telles que arthralgies, myalgies et névralgies. Quant aux rhumatismes proprement dits, on a décrit des arthrites inflammatoires et des arthrites dégénératives, comparables à celles décrites par Costes, Forestier et Lacapère, dans les autres variétés de rhumatismes.

La preuve de la nature amibienne est donnée, suivant ces auteurs, par la coexistence des manifestations articulaires ou para-articulaires avec les troubles intestinaux de la dysenterie amibienne.

Cette preuve clinique n'est cependant pas convainquante, car la simultanéité d'évolution de deux manifestations n'est pas un argument absolu en faveur de leur identité de nature. Bien plus sujettes à caution apparaissent les observations d'arthropathies survenant chez d'anciens dysentériques, car, là encore, rien ne prouve que ces rhumatismes soient de nature amibienne.

2° *Les preuves biologiques* sont-elles suffisantes pour prouver la nature amibienne des rhumatismes ?

Ces preuves sont de deux ordres :

a) Existence d'amibes dans les selles de malades atteints de rhumatisme subaigu ou chronique ;

b) Présence d'amibes dans les travées osseuses para-articulaires.

La présence d'amibes dans les selles prouve que le malade est un dysentérique intestinal, mais elle n'implique pas nécessairement l'étiologie amibienne du rhumatisme.

Par contre, la présence d'amibes dans l'articulation, ou tout au moins dans les travées osseuses para-articulaires, est un argument absolu ; malheureusement, l'observation de Kofoïd et Swerzy est actuellement unique ; l'identification des amibes dans le voisinage des surfaces articulaires doit être, du reste, extrêmement malaisée, et on peut se demander, avec Chiray et Stieffel, s'il n'existe pas de possibilités d'erreurs d'interprétation.

3° *Restent les preuves thérapeutiques :* qui sont, sans contredit, les plus intéressantes. Les observations de Ely, de Barow, de Chiray et Stieffel, de Huard apportent la preuve de l'action de l'émétine sur ces rhumatismes, alors que toutes les thérapeutiques infectieuses et employées n'avaient donné précédemment aucun résultat.

Cet argument est-il absolu et ne peut-on pas dire que l'émétine a une action antirhumatismale ou antiinfectieuse non spécifique ? N'a-t-on pas utilisé avec succès l'émétine dans certains abcès pulmonaires, qui n'étaient pas toujours amibiens ?

Sans doute, la thérapeutique n'est pas un argument définitif, mais elle est d'une grande valeur lorsqu'elle exerce une action rapide sur une arthrite

inflammatoire, alors que les traitements précédents ont été sans résultats.

En somme, de cette discussion des preuves apportées dans l'affirmation de l'existence du rhumatisme amibien, on peut conclure que pour établir sans contredit la nature amibienne d'un rhumatisme, il n'existe pas d'argument absolu, en dehors de la mise en évidence dans l'articulation même de l'amibe pathogène. Cette recherche étant fort délicate et sujette sans doute à des difficultés d'interprétation, il est important de n'apporter que les faits indiscutables, dont la garantie est assurée par un triple critérium, clinique, biologique et thérapeutique.

Nous avons pu récemment, chez une jeune malade d'origine tunisienne, réunir ces trois arguments, et prouver la nature amibienne d'un rhumatisme d'allure infectieuse.

Résumons notre observation que l'on trouvera en détail dans la thèse de l'un de nous.

Observation

Une jeune fille, d'une vingtaine d'années, habitant la Tunisie, vient nous consulter pour un rhumatisme subaigü apparu depuis quinze mois, dont la nature n'a pu être déterminée. Ce rhumatisme atteint surtout la cheville gauche, les articulations coxo-fémorales et dorso-lombaires.

La cheville gauche est nettement tuméfiée, chaude à la palpation, douloureuse spontanément et à la mobilisation. Il existe un œdème rosé prenant le godet, s'étendant depuis la région dorsale du pied, jusqu'à un travers de main au-dessus de la cheville. La marche est extrêmement difficile et nécessite l'usage de béquilles.

Les articulations coxo-fémorales sont légèrement douloureuses spontanément et à la pression. Les articulations vertébrales sont également atteintes. Il existe une légère cyphose dans la région dorsale. La palpation et la percussion des apophyses épineuses réveillent une légère douleur allant de la 7e dorsale à la 3e lombaire.

Au point de vue radiographique, les articulations vertébrales sont indemnes, ainsi que les articulations coxo-fémorales. Par contre, les clichés de la tibio-tarsienne gauche montrent une décalcification assez marquée de l'extrémité inférieure du tibia, de l'astragale et du calcanéum.

Ce rhumatisme subaigü évolue depuis quinze mois avec des périodes de légère amélioration et des rechutes très douloureuses, de plus en plus fréquentes. L'évolution a toujours été apyrétique, malgré les poussées inflammatoires manifestes présentées par les articulations atteintes. Par contre, l'état général est très altéré ; l'amaigrissement, l'anorexie, l'asthénie prédominent et contribuent à éveiller l'hypothèse d'une bacillose. C'est d'ailleurs au diagnostic de rhumatisme tuberculeux que plusieurs confrères se sont ralliés, malgré l'absence de lésions radiologiques et de signes pulmonaires.

Cependant, l'examen clinique révèle un symptôme extrêmement important : il s'agit d'une colite très douloureuse ; à la palpation, le colon gauche est spasmé et très sensible, particulièrement à son angle splénique.

L'interrogatoire nous apprend, en outre, que cette malade est atteinte d'une diarrhée rebelle depuis le début des manifestations rhumatismales. Les selles sont fréquentes, abondantes et s'accompagnent de ténesme et parfois même de glaires sanguinolentes.

En somme, rhumatisme subaigu apyrétique, pauci-articulaire, évoluant chez une jeune Tunisienne, atteinte depuis le début des manifestations articulaires d'une diarrhée rebelle dysentériforme. L'examen parasitologique des selles, immédiatement pratiqué après réactivation par le sulfate de soude, décèle la présence d'amibes dysentériques typiques, et de kystes de Giardia intestinalis.

Notre malade est donc une dysentérique amibienne méconnue, et chez elle évolue un rhumatisme subaigu, dont la nature demande à être déterminée. S'agit-il en effet d'un rhumatisme amibien ou d'un rhumatisme de toute autre nature chez une amibienne ?

Nous ne retenons pas le diagnostic de rhumatisme tuberculeux, malgré le chiffre élevé à 54 de la réaction de Vernes, car la cuti-réaction à la tuberculine est négative et il n'existe aucun signe pulmonaire en faveur de cette hypothèse.

De même, l'absence d'antécédents, l'échec de toutes les thérapeutiques essayées (salicylate, sels d'or, iode, soufre) différencient notre cas d'un rhumatisme infectieux banal.

Pour étayer le diagnostic de rhumatisme amibien possible, il nous fallait une deuxième épreuve : l'épreuve thérapeutique. Nous soumettons la malade au traitement émétinien, à raison de 8 centigrammes par jour de chlorhydrate d'émétine, et nous faisons alterner, par voie buccale, la pâte de Ravaut, le stovarsol et le yatren.

Au bout d'une semaine, la malade, qui a admirablement supporté l'émétine, présente une transformation radicale de toutes ses manifestations articulaires. Sa cheville a diminué notablement de volume; les douleurs se sont atténuées dès la troisième injection d'émétine.

Mais après une interruption du traitement émétinien pendant quinze jours, survient une rechute : l'articulation tibio-tarsienne gauche est de nouveau atteinte et douloureuse. On soumet de nouveau la malade au traitement émétinien : les manifestations articulaires cèdent immédiatement. On observe, en outre, une amélioration remarquable de l'état général. Le poids se relève, l'appétit revient, les selles deviennent normales.

L'amélioration date actuellement de six mois chez notre malade qui continue à suivre le traitement antiamibien par voie buccale.

Ainsi, notre observation de rhumatisme subaigu, survenant chez une dysentérique méconnue, et guérissant sous l'influence du traitement antiamibien, vient à l'appui des observations déjà signalées, et prouve bien la réalité du rhumatisme amibien.

Formes cliniques.

Notre cas rentre dans le groupe des formes inflammatoires décrites par Glénard et Hilleret.

Pour ces auteurs, on pourrait assigner au rhumatisme amibien deux groupes : les formes inflammatoires et les formes dégénératives.

Les *formes inflammatoires* sont les complications précoces des dysenteries graves, traînantes et insuf-

fisamment soignées. Elles sont caractérisées par des poussées rhumatismales subfébriles, à tendance ankylosante. Une ou plusieurs articulations sont prises, avec une localisation élective au niveau des petites articulations du carpe, métacarpe, tarse et métatarse, moins fréquemment les épaules, les genoux et le rachis. On note des douleurs parfois vives, du gonflement synovial, un peu de fièvre et un retentissement sur l'état général. L'évolution se fait par poussées inflammatoires successives qui feront penser parfois à des crises de rhumatisme articulaire aigu. Mais la médication salicylée est inefficace ; par contre, l'émétine a une action rapide et incontestable sur les douleurs et les poussées articulaires. L'ankylose, quand elle existe, peut subsister, tout au moins partiellement.

Les *formes du type dégénératif* surviennent tardivement. Elles sont fréquentes chez les anciens dysentériques qui restent des débiles du tube digestif. Ce sont les petites articulations des mains et des pieds qui sont le plus souvent touchées, plus rarement les coudes, les épaules, les genoux et le rachis. Il s'agit surtout d'altération des extrémités osseuses et des cartilages avec proliférations ostéophytiques, nodosités, craquements d'arthrite sèche. On note des douleurs sourdes, peu intenses, fugaces chez un sujet apyrétique ne présentant aucune diminution fonctionnelle importante, mais chez qui l'état général est amoindri.

Pathogénie.

Quelle est maintenant la *pathogénie* d'un tel rhumatisme ?

Pour les auteurs américains, le rhumatisme amibien est dû à la localisation articulaire de l'amibe dysentérique.

La présence de ce parasite dans les points nécrosés des travées osseuses para-articulaires, viendrait à l'appui d'une telle conception (Kofoïd et Swezy).

Pour Ely et ses collaborateurs, la pénétration des amibes dans la circulation générale se ferait à la faveur de l'infection alvéolaire qui siège à la racine des dents.

Mais la pénétration des amibes dans la circulation générale expliquerait surtout les rhumatismes survenant au cours de la période aiguë dysentérique.

Pour les rhumatismes post-dysentériques, Glénard et Hilleret invoquent une « sorte de sensibilisation ou d'allergie (M. P. Weill) provoquée par une amibémie et retentissement sur le système vago-sympathique ».

Traitement.

Nous n'insisterons pas non plus sur *le traitement* du rhumatisme amibien qui est celui de l'amibiase en général.

L'émétine paraît être, dans les observations publiées, la thérapeutique la plus efficace. Elle sera utilisée aux doses habituelles.

Mais le traitement antiamibien complémentaire (arsenicaux, pâtes de Ravaut, yatren) n'est pas à négliger ; il peut quelquefois, comme de l'observation de Chiray et Stieffel, amener la guérison, là où l'émétine provoquait une réactivation des lésions articulaires.

Bibliographie

Uzan (Maurice). *Thèse Paris*, 1938. Contribution à l'étude du rhumatisme amibien.

Barrow et Armstrong. *Journal Iowa Stade Med. Soc.*, 15, 1925.

Chiray (M.), Stieffel (R.) et Cauvin (J.). Un cas de rhumatisme subaigu, de type infectieux, guéri par le traitement antiamibien. Contribution à l'étude du rhumatisme amibien (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 mai 1938).

Dopter. Complications de l'amibiase : le pseudo-rhumatisme dysentérique (*Traité de Médecine* de Roger, Widal et Teissier, tome III).

Ely. The great second type of chronic Arthritis, Calif. (*State Journal of Medecine*, octobre 1922).

Fischer (A.-L.). Some considerations of second type arthritis as exemplified in shoulder joint (J. Bones et Joint. *Surg.*, 10 janvier 1928).

Glenard et Hilleret (J.). Séquelles rhumatismales de la dysenterie amibienne (*Maroc Médical*, Congrès de l'Amibiase de Casablanca, avril 1936).

Huard. Nouvelles recherches sur les aspects chirurgicaux des dysenteries et colites tropicales (*Archives des Maladies du Tube digestif et de la Nutrition*, mai 1937).

Kofoïd (Ch. A.) and Swezy (O.). On the occurence of Entamoeba dysenteriæ in arthritis deformans (*Calif. State Journ. of Med.* février 1922).

Nino (F.-L.) et Masucci (A.-L.). Amibiasis osteo-articular de la cadera (*Bol. Inst. de Chir.*, quir. 2 : 280-288, 1926).

Pemberton (traduction A. et F. Françon). *Le Rhumatisme chronique*, Paris, Doin, 1923).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE

Séance du 11 juillet 1939

Rapports. — M. Tanon dépose un rapport très favorable au classement de Marrakech comme station climatique.

Les laits pasteurisés. — M. Martel s'élève contre le recul marqué en matière d'hygiène laitière par le décret du 26 avril 1939. La question étant très importante, l'Académie décide d'ouvrir prochainement une discussion à son sujet.

Les corps spécifiques des eaux minérales à action léiotonique. — MM. Lœper, R. Fabre et Mlle M.-T. Regnier étudient successivement quelques eaux minérales de Vittel, de la Roche-Posay, d'Aix-en-Provence dans leur action sur la fibre musculaire de l'intestin et des vaisseaux. Avec l'eau pure, avec des extraits repris par l'alcool, ils obtiennent d'importantes variations du tonus intestinal.

Ces variations ne paraissent pas attribuables aux seules substances minérales ou aux ions qui les constituent, mais à des corps organiques que la calcination fait disparaître, qui semblent assez éloignées de la choline et proches de bases aminées du groupe de la Tyramine.

Vaccination contre le typhus exanthématique. — M. Pasteur-Vallery-Radot présente une communication de

MM. Jean Laigret et Roger Durand (de l'Institut Pasteur de Tunis) sur la vaccination contre le typhus exanthématique. Le vaccin, préparé jusqu'à présent avec des cerveaux de rats ou de cobayes, avait le défaut de ne se prêter à aucun étalonnage de la virulence.

La constatation de la sensibilité de la souris a levé cet obstacle. Deux souches tunisiennes de typhus murin ont été adaptées à la souris ; elles provoquent maintenant régulièrement, chez cet animal, la paralysie mortelle. La sensibilité de la souris au typhus paralytique est telle qu'elle permet de mettre en évidence des doses infinitésimales du virus. Elle permet, comme pour la fièvre jaune, de préparer un vaccin titré, de virulence toujours égale et contrôlée.

Il est complètement substitué maintenant à l'ancien vaccin de cobaye ou de rat pour la continuation des vaccinations tunisiennes.

Goudronnage des routes et cancer. — A propos des récentes communications de M. Kling, M. Guglielminetti apporte le résultat de ses recherches.

Il appartenait au « père » du goudronnage des routes de défendre son enfant. Il l'a fait avec beaucoup de courtoisie et en s'appuyant sur de nombreux exemples.

Signalons, entre autres, qu'à Chicago où les routes n'ont jamais été goudronnées on constate une grande augmentation du nombre des cancéreux.

La vérité, dit M. Guglielminetti, c'est qu'il faut épurer le goudron, comme il l'avait fait lui-même dès 1902 sur la Côte d'Azur.

Le port du masque et la correction des amétropies. — Le médecin général Cot et MM. Moynier, Genaud et Robert ont résolu élégamment le problème du port du masque pour les gens dont la vue a besoin d'être corrigée. Ils présentent plusieurs modèles de masques à verres spéciaux. Leur dernier modèle est d'une rare ingéniosité. Un cercle métallique fendu, formant ressort, supporte le verre correcteur. Ce cercle se fixe par simple pression dans la gorge du viseur du masque. Il suffit de le placer correctement, en particulier pour les astygmates.

La correction de la vue est excellente. Le verre n'est pas atteint par la buée.

Enfin, le modèle déposé par le ministère de la Guerre peut être exécuté par tous les opticiens sur simple demande.

PRATIQUE MÉDICALE

Modifications de l'hémoglobine dans le sang par un nouvel extrait hépato-gastro-pylorique

par le Dr A. Gervais

Nous avons signalé dans notre article du 24 mai 1939 paru dans ce journal l'action remarquable de l'extrait hépato-gastro-pylorique dans le traitement des anémies, et dans celui du 14 juin son activité sur la formation des hématies.

Nous ferons, aujourd'hui, un exposé concernant l'activité de l'extrait hépato-gastro-pylorique sur la formation et l'augmentation du taux de l'hémoglobine.

« Les globules rouges ne sont pas des cellules vivantes. « Ce sont de petits sacs pleins d'hémoglobine. A leur « passage dans les poumons, ils se chargent de l'oxygène « que leur prendront, quelques instants plus tard, les « avides cellules des organes (1). »

(1) Alexis Carrel. *L'homme cet inconnu.*

L'hémoglobine désignée ainsi par Hoppe Sayler est la matière colorante du sang dont il existe 140 grammes par litre chez l'homme et 130 grammes seulement chez la femme. Elle contient du fer dans la proportion de 0 gr. 05 par 100 grammes de sang. Dans les cas pathologiques, la teneur en hémoglobine dans le sang est très variable ; toutefois, la quantité minima de 20 grammes par litre est la limite incompatible avec la vie. Par ailleurs, le rôle de l'hémoglobine dans l'organisme est important. Le médecin a toujours intérêt à connaître la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang d'un malade.

Il faut qu'il connaisse :

1° Le poids d'hémoglobine par litre de sang ;
2° Le taux de l'hémoglobine ;
3° La valeur globulaire.

Dosage de l'hémoglobine. — Deux méthodes peuvent être employées : la méthode colorimétrique, la méthode chimique. La méthode colorimétrique consiste à comparer le sang à des échantillons colorés préparés d'avance ; elle est imprécise. La méthode chimique, plus délicate, est d'une exactitude parfaite.

Taux de l'hémoglobine. — Le taux de l'hémoglobine est exprimé en pour cent. Il est de 100 % pour le sang normal contenant 140 grammes d'hémoglobine par litre. Il peut être donné par la méthode colorimétrique du dosage de l'hémoglobine ou déduite, par le calcul, du poids de l'hémoglobine dans le sang obtenu par la méthode chimique en employant la formule $\text{Taux} = \frac{P \times 100}{140}$; P étant le poids d'hémoglobine par litre.

Valeur globulaire. — Elle est fonction du taux de l'hémoglobine (H) et du nombre de globules rouges par millimètre cube (n). Dans le sang normal, la valeur globulaire (VG) est de I. On la détermine en appliquant la formule $VG = \frac{5.000.000 \times H}{n \times 100}$ Quand la valeur globulaire est inférieure à I, l'anémie est dite hypochrome ; égale à I, orthochrome ; supérieure à I, hyperchrome.

Ces renseignements étant connus, le médecin pourra établir son traitement. Dans une majorité de cas, il emploiera l'extrait hépato-gastro-pylorique, ou buvable, ou injectable, seul ou associé à une médication martiale dans un grand nombre d'anémies hypochromes, ou à une médication vitaminique en cas de carence alimentaire due à un manque d'assimilation ou à une insuffisance d'apports.

La clinique a confirmé la valeur de l'extrait hépato-gastro-pylorique sur la formation de l'hémoglobine ainsi que le prouvent les résultats suivants recueillis par Mouras (1) et Lombard (2).

I. — Chez un enfant de 15 ans, hospitalisé, atteint d'anémie cryptogénétique, traité par des injections intramusculaires d'extrait hépato-gastro-pylorique, 1 cc. p.d., le poids de l'hémoglobine au litre est passé de 82 à 132 grammes, soit une augmentation de 50 grammes en deux mois, suivant la progression du nombre de G. R.

II. — Une jeune couturière, de 16 ans et demi, entre à l'hôpital avec une anémie moyenne due à des hémorragies abondantes et répétées d'origine inconnue. Après un traitement d'un mois et demi par l'extrait hépato-gastro-pylorique injectable 10 cc. p.d. d'abord, 5 cc. p.d. ensuite, l'hémoglobine est passée de 65 gr. au litre à 120 grammes, soit une augmentation de 55 grammes.

(1) B. Mouras. Thèse, Paris, 1937.
(2) M. Lombard. Thèse, Nancy, 1938.

III. — C'est une ménagère, 31 ans, envoyée à l'hôpital par son médecin habituel ; règles très abondantes amenant une anémie au-dessous de 2 millions de G. R. avec 43 grammes d'hémoglobine. Traitée par l'extrait hépato-gastro-pylorique injectable 5 cc. quotidiens, elle a le 28 mai, soit un mois après le début du traitement, 75 grammes par litre d'hémoglobine ; augmentation de 32 grammes. Elle rentre chez elle, vaque à ses occupations sans fatigue, cesse tout traitement. Dix jours après, nouvelle augmentation de 9 grammes d'hémoglobine.

IV. — Un garçonnet de 8 ans, soigné à la Clinique Médicale Infantile, avec 30 injections intramusculaires de 1 cc. en 37 jours d'extrait hépato-gastro-pylorique injectable gagne 52 grammes au litre d'hémoglobine.

V. — Paveur, 55 ans ; anémie moyenne traitée à l'hôpital par l'extrait hépato-gastro-pylorique buvable, 10 cc. par jour, voit le taux de son hémoglobine passé de 60 à 90 % et sa valeur globulaire égale I.

VI. — Anémie pernicieuse cryptogénétique avec syndrome de Riessen-Russel, chez un mineur de 59 ans, soigné avec 6 ampoules buvables de 5 cc. par jour d'extrait hépato-gastro-pylorique est très améliorée. Le taux de l'hémoglobine atteint 80 % et la valeur globulaire, I.

Il ne fait aucun doute que cet extrait organothérapique, qu'il soit injectable ou buvable, a une action très nette sur la formation de l'hémoglobine, surtout quand les doses sont bien appropriées. On aura intérêt à débuter par l'injectable et à poursuivre le traitement par le buvable comme traitement d'entretien, de consolidation, de sécurité, et aussi d'associer le Globiron, granulé sucré (fer, cuivre, manganèse) à l'Hémopylore dans les anémies hypochromes et les anémies secondaires.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PURPURAS (1)

Dans les septicémies streptococciques, il semble particulièrement fréquent lorsqu'il existe une localisation *endocarditique :*

1° Dans les endocardites infectieuses aiguës les poussées purpuriques alternent souvent avec des abcès miliaires de la peau en d'autres manifestations pyohémiques.

2° *Dans l'endocardite lente type Osler*, le purpura, *souvent discret*, acquiert une valeur symptomatique extrême et son apparition chez un cardiaque fébrile commande l'hémoculture avec les précautions habituelles. En attendant qu'elle soit positive, ou qu'apparaisse une splénomégalie, ce sera souvent le seul signe qui permette la discrémination clinique entre l'Osler et le rhumatisme cardiaque évolutif. Mais de toutes les septicémies, deux ont surtout l'apanage de comprendre dans leur symptomatologie, un syndrome purpurique.

La septicémie à gonocoques.

On la note quasi constamment dans la forme aiguë ordinaire ou compliquée d'arthrite ou d'endocardite. Son pronostic y est inévitablement désastreux.

Il est intéressant de signaler, à côté la possibilité de *formes chroniques de P. gonococciques*, apyrétiques et récidivants, simulant à s'y méprendre un P. idiopathique, jusqu'au jour où le germe est isolé, soit par hémoculture, lors d'une poussée, soit dans les macules ou papules, par culture ou frottis.

La septicémie à méningocoques, enfin et surtout.

a) Il est banal d'observer une éruption P. lors de l'évolution d'une méningite cérébro-spinale, que l'hémoculture soit ± ou —.

b) Il est en apparence primitif dans certaines méningococcémies où il domine le tableau clinique. Il réalise souvent dans ces cas le classique *Purpura fulminans*, de Hénoch dont l'allure est dramatique : un enfant pris brusquement de frissons, vomissements, céphalée, qui, en quelques heures est prostré, hyperpyrétique, couvert de taches purpuriques et d'ecchymoses spontanées, et finit par succomber avant l'apparition d'aucun signe de méningite : le méningocoque est cependant trouvé, soit dans le L. C. R., encore clair, soit dans les frottis de sang des pétéchies et des ecchymoses.

Ailleurs l'évolution est un peu plus lente : c'est une pyrexie aiguë avec purpura généralisé, où c'est seulement en répétant les examens de L. C. R., les hémocultures ou les biopsies d'éléments qu'on arrive à faire la preuve de l'existence du méningocoque.

III. — Les Purpuras des affections chroniques.

Ils groupent des faits très disparates et de pathogénie mal élucidée, dans lesquels l'apparition du syndrome est toujours le témoin d'une déficience organique profonde, sinon d'une vraie déchéance.

Citons les P. qui surviennent aux périodes avancées des cardiopathies, de l'artério-sclérose, du diabète ou du mal de Bright — ceux que l'on observe chez les tabétiques, les paraplégiques — le purpura sénile (taches pourprées du dos des mains) se reproduisant incessamment pendant des années.

Et insistons plutôt sur :

a) *Les purpuras des tuberculeux.*

Les rapports entre le syndrome P. la tuberculose sont toujours discutés :

1° On voit le P. à la phase ultime de certaines tuberculoses miliaires aiguës ;

2° On peut le constater lors de formes chroniques de φ

— Soit isolément,

— Soit coïncidant avec une poussée évolutive ;

3° Il existe un P. pré-tuberculeux, volontiers rhumatoïde.

Le rôle anergisant du P. paraît au moins pour aussi légitime que son origine tuberculeuse.

b) *Le Purpura des hépatiques.*

Ici encore, il en existe différents degrés, et si l'éruption n'a qu'une valeur secondaire dans un tableau plus ou moins complet d'insuffisance hépathique, il acquiert, par contre, une valeur pronostique certaine lorsqu'il *annonce la déchéance hépatique*, lorsqu'il survient, par exemple, par petites poussées fugaces, entrecoupées de petites hémorragies muqueuses, en cours d'évolution d'une cholécystite, d'une angiocholite ou d'une cirrhose.

(*A suivre.*)

Guy Le Sueur.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 55-56.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 58. — SAMEDI 22 JUILLET 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Revue Générale.

Les Porphyries ou Porphyrinopathies, Etude clinique et pathogénique, par MM. les Professeurs H. ROGER, J.-E. PAILLAT, M. SCHACHTER et J. BOUDOURESQUES, de Marseille.

Sociétés Savantes.

Académie de Médecine.

Thérapeutique.

Action du chlorate de potasse sur la poliomyélite aiguë, d'après M. ARTHUS.

Congrès.

Les journées médicales de Bruxelles (Session de Liége), par E. J.

Congrès de la Diurèse (Vittel), par MM. A. ROUX-DESSARPS et MANDE.

Livres nouveaux.

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Bégard (Côtes-du-Nord), par suite du départ de M. le Dr Leculier, appelé à un autre poste.

Légion d'honneur. — COLONIES :

Officier. — M. Charles Comar, pharmacien-ingénieur.
Chevalier. — M. Athys Cyr, à la Martinique.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés OFFICIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE :

MM. Baudet (Rennes), Benoit (Alger), Billard (Reims), Boumard (Angers), Brissiaud (Paris), Castebert (Bordeaux), Mme Chauvineau (Paris), MM. Darraspen (Toulouse), Delmas-Marsalet (Bordeaux), Pierre Delore (Lyon), Duthoit (Lille), Fernier (Nancy), Ferru (Poitiers), Fichot (Clermont-Ferrand), Guibal (Montpellier), Hagnus (Reims), Ben-Hamou (Alger), Hugonot (Lyon), Ingelrans (Lille), Jacquinet (Reims), Kreis (Strasbourg), Lassale (Lyon), Lefèvre (Reims), Le Gal La Salle (Rennes), Merz (Lyon), Moutier (Nantes), Nayrac et Ramezon (Lille), Romey (Strasbourg), Rondet (Rochefort), Santenoise (Nancy), Schmid (Strasbourg), Sédallian (Lyon), Solier (Marseille), Timbal (Toulouse).

Sont nommés OFFICIERS D'ACADÉMIE :

MM. Aujaleu (Paris), Bertin et Bizard (Lille), Borrell (Poitiers), Boularan et Bounhoure (Toulouse), Brousset (Bordeaux), Bureau (Nantes), Cazaux (Bordeaux), Chéchan (Alger), Cormier (Rennes), Darget (Bordeaux), Dehay (Lille), Dervillée (Bordeaux), Desforges-Mériel (Toulouse), Despons (Bordeaux), Domange (Paris), Duga (Marseille), Fontan (Bordeaux), François (Nancy), Fruchaud (Angers), Mlle Hoerner (Strasbourg), MM. Janot (Paris), Jaulmes (Montpellier), Josso (Nantes), Levrat (Lyon), Lozach (Dakar), Melnotte (Nancy), Montagné (Marseille), Monteux (Saint-Cyr), Pervès (Toulon), Piollet (Adrien) (Clermont-Ferrand), Portebois (Lille), Sabadini (Alger), Sagots (Montpellier), Salmon et Sautet (Marseille), Sichel (Strasbourg), Sohier (Paris), Tempère (Bordeaux).

Les étrangers et l'agrégation. — Le vote du Conseil Supérieur de l'Instruction Publique, relatif à l'admission des étrangers à l'agrégation de médecine, continue à soulever des protestations très vives. Nous avons signalé celles du docteur ARMBRUSTER, sénateur, et du docteur COUSIN, député. Nous devons mentionner la protestation du *Syndicat des Médecins de la Seine*, la première en date, si

nous ne nous trompons et celle de l'*Association Corporative des Etudiants en médecine*.

Cette dernière vise, notamment, le fait que, normalement, il faut être français et posséder le diplôme d'Etat de docteur en médecine, pour se présenter à l'agrégation.

La *Corpo* proteste en outre contre l'attribution de l'agrégation (fonction publique et non grade universitaire) à titre de récompense « aux meilleurs étudiants étrangers ». Il en résultera une dévalorisation certaine pour des fonctions que les étudiants français mettent tant d'années à postuler.

Toutes les protestations relèvent, en particulier, le cas de l'admission d'étrangers au dernier concours d'agrégation, *avant toute disposition légale* autorisant ces candidatures.

A propos du projet Pomaret. — Le Conseil de la Confédération des Syndicats Médicaux s'est réuni le 9 juillet pour étudier le projet de retraite Pomaret.

Après une vive discussion qui a montré l'importance que beaucoup de confrères attachent au droit d'exercer sans limite d'âge, avec ou sans retraite, le principe d'une retraite a été adopté. Toute décision définitive a été renvoyée à la rentrée.

Une proposition de loi tendant à restituer à la pratique médicale des vaccinations un caractère facultatif. — Au moment où l'Académie de Médecine s'occupe du règlement d'administration publique, relatif à la vaccination antidiphtérique obligatoire, nous devons signaler un projet de loi déposé le 15 juin 1939 par M. Marcel Boucher, député des Vosges. Ce projet comprend un seul article ainsi conçu :

« La pratique médicale de toute vaccination est subordonnée, avant l'âge de la majorité, au consentement écrit de la famille, et pour tout sujet majeur, à son consentement personnel. »

Association Française d'Urologie. — La trente-neuvième réunion du Congrès français d'urologie aura lieu à Paris, du lundi 9 au vendredi 13 octobre prochain (Faculté de Médecine).

Question à l'ordre du jour : Les résultats de la néphrectomie pour cancer chez l'adulte. Rapporteur : M. le docteur de Berne-Lagarde (Paris).

La Ve Assemblée générale de l'Union Thérapeutique aura lieu le mercredi 18 octobre, à 9 heures du matin, dans la salle du Conseil de la Faculté de Médecine. Elle sera suivie de la séance solennelle de la Société de Thérapeutique dans l'amphithéâtre Vulpian de la Faculté de Médecine, à 3 heures.

Deux questions de pharmacologie et de thérapeutique seront discutées dans ces deux séances : le phosphore et les médicaments des globules blancs par les Professeurs : Aubertin (Paris), Burgi et Gordonoff (Berne), Dustin (Bruxelles), Hazard (Paris), Hernando (Madrid), Mouriquand (Lyon), Rietti (Ferrare) et les Drs Cottenot, Decourt et Marchal).

Un dîner réunira les congressistes le soir, à 8 heures, à l'hôtel Royal Monceau, 37, avenue Hoche.

Prix Maurice Cazin. — *La Société des Chirurgiens de Paris* informe tous les auteurs désireux de concourir pour le prix Maurice Cazin, prix annuel d'une valeur de 4.000 francs, que les mémoires devront être déposés avant le 1er novembre 1939, au Secrétariat de la Société, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (7e). Ce prix est *international* et les chirurgiens étrangers peuvent aussi concourir.

L'Umfia (Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine) ou Union Médicale Latine, fait appel à tous les médecins français en faveur de leurs collègues espagnols qui ont eu leurs bibliothèques saccagées au cours de la malheureuse guerre d'Espagne, et les prie de lui faire parvenir, à son siège social, 39, rue d'Amsterdam, Paris (8e), tous ouvrages médicaux dont ils pourraient disposer en leur faveur.

Ces ouvrages seront adressés aux Facultés de Médecine d'Espagne qui les feront parvenir aux professeurs ou médecins espagnols qui en auraient besoin.

La liste des noms des médecins auxquels ces livres auront été distribués, sera publiée dans la revue de *L'Umfia*.

Nécrologie

Le docteur P.-J. Manet, à Paris.

Le docteur Folley.

Le docteur Charles Marchand, professeur honoraire de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine d'Angers.

Le docteur E. Sibaud, médecin principal de la marine, en retraite, décédé à Clermont-Ferrand.

Médecins, chirurgiens et spécialistes présents à Paris pendant les vacances

Médecine générale. — M. Marcel Perrault, médecin des hôpitaux, 8, rue Perronet, Paris (7e), août et septembre.

Mme Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), à partir du 24 juillet

Chirurgie. — Le Dr Batail, 39, avenue Kléber, sera présent à Paris pendant tout l'été.

Rééducation. — M. G. de Parrel, 78, boulevard Malesherbes, du 8 au 30 septembre.


BULGARINE
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL
DE BACILLES BULGARES
GOUTTES
BOUILLON
COMPRIMÉS
POUDRE
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

REVUE GENERALE

LES PORPHYRIES OU PORPHYRINOPATHIES ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Par MM. H. Roger, J.-E. Paillas
M. Schachter et J. Bourdouresque
(de Marseille)

POSITION DU PROBLEME

Sous le nom de porphyries ou porphyrinopathies (1), on désigne actuellement des tableaux cliniques plus ou moins complexes, où s'intriquent des symptômes cutanés, digestifs et neurologiques ou neuro-psychiques, auxquels vient s'ajouter un syndrome urinaire, constitué essentiellement par l'émission d'urines rouge foncé, rouge madère ou rouge « vin de Porto », dues à la présence d'un pigment dont l'origine sanguine est encore discutée et que l'on appelle du terme générique de porphyrine.

Ainsi définies, les porphyries ou porphyrinopathies traduisent en clinique une perturbation du métabolisme pigmentaire de l'organisme animal et inaugurent un chapitre de pathologie de la nutrition tissulaire, encore incomplètement connu, mais déjà d'une haute importance nosologique.

Problème de clinique, au même titre que de chimie pathologique, l'étude des porphyries doit ses progrès aux efforts conjugués des cliniciens et des biochimistes (H. Guenther et H. Fischer).

Il est par conséquent impossible, dans un exposé synthétique, de séparer les problèmes cliniques des données biochimiques sur les porphyrines.

ASPECTS CLINIQUES DES PORPHYRIES

Les aspects cliniques et les circonstances dans lesquelles apparaissent et se manifestent les porphyries en clinique humaine, expliquent les classifications variées qui ont été proposées par les divers auteurs ayant étudié cet important chapitre de la pathologie des métabolismes,

La première classification proposée par H. Guenther (1922) distingue les quatre variétés suivantes de porphyries :

a) Une forme aiguë ou idiopathique ;

b) Une forme aiguë secondaire et d'origine toxique (sulfonal, trional, véronal, plomb, etc) ;

c) Une forme chronique ;

d) Une forme congénitale.

(1) L'ancien terme « d'hémato-porphyrine », employé également en France (Derrien) est abandonné depuis que les recherches biochimiques précises ont montré que l'hémato-porphyrine est en réalité un produit de laboratoire, n'ayant rien de commun avec les porphyrines urinaires des sujets atteints de porphyrinopathies (J. Waldenstrom, L. Riccitelli, A. Eldhal).

En 1925, Guenther a affirmé l'identité entre les deux dernières formes, simplifiant ainsi son premier schéma.

La classification de H. Schreus et C. Carrié (1933) ne diffère qu'en apparence de la précédente, puisque des auteurs reconnaissent : une porphyrinurie primaire et congénitale, la plus fréquente, et une porphyrinurie secondaire, consécutive à des anémies, à des affections hépatiques, ou à des intoxications diverses.

Se basant sur l'étude d'un important matériel suédois (103 cas), J. Waldenström (1937) distingue :

a) Une porphyrinurie congénitale (maladie de Guenther), débutant dans la première enfance ;

b) Une porphyrinurie cutanée tardive, les deux ayant comme élément commun d'hypersensibilité à la lumière solaire ou aux rayons actiniques (U. V.) ;

c) Une porphyrie aiguë, qui peut évoluer sous l'aspect d'une affection abdominale, nerveuse ou mixte ;

d) Une porphyrie qu'il appelle « latente », se traduisant uniquement par l'émission d'urines riches en porphyrines.

Cette dernière forme, qui a été découverte, grâce aux recherches biochimiques urinaires, faites systématiquement dans certaines familles de porphyriques aigus, semble être plus fréquente qu'on ne le croît (J. Waldenström).

Enfin, plus pratique et tenant compte des réalités cliniques, est la classification proposée par Michelli et Dominici (1931) et dernièrement adoptée par beaucoup de médecins (Riccitelli, T. Hernando, O. Zorn, etc.).

Ces auteurs distinguent en effet :

a) *Une porphyrinurie idiopathique ou primaire*, qui revêt ou bien une symptomatologie à prédominance cutanée, abdominale ou neuro-psychique (les formes mixtes, sont bien entendu, possibles) ;

b) *Une porphyrinurie toxique* ou *secondaire*, consécutives à des empoisonnements ou intoxications diverses, c'est-à-dire à étiologie connue ou précisable.

C'est en suivant cette dernière classification, la plus imprégnée de pragmatisme, que nous décrirons les traits essentiels des diverses formes de porphyries.

A. Les porphyrinuries idiopathiques ou primaires

I. La porphyrinurie a symptomatologie cutanée prédominante (maladie de H. Guenther).

La forme cutanée, ou maladie de Guenther, est la plus rare des variétés cliniques de porphyrinurie, car le nombre des observations connues jusqu'en ce moment ne semble pas dépasser le chiffre de 75.

Essentiellement chronique et pouvant s'étendre sur de longues années (quinze, vingt ans même), la maladie de Guenther est congénitale, ses manifestations cliniques remontant le plus souvent aux premières semaines ou mois de la vie.

C'est, en effet, après les premiers contacts avec la lumière solaire printanière ou estivale, que du fait d'une hypersensibilité exquise, apparaît une *éruption bulleuse* ou *vésiculeuse* à contenu séreux ou séro-

hématique, qui siège au niveau du visage et des mains et en général sur les territoires cutanés découverts et exposés à l'irradiation. Ainsi, dans un cas étudié par nous, l'éruption avait frappé également la région des genoux, découverts par le port de pantalons courts.

Cette éruption s'infecte très facilement, s'ulcère et guérit après avoir laissé des cicatrices indélébiles. Souvent légèrement mutilantes, par suite de la destruction des tissus profonds, ces cicatrices siègent sur le bord des pavillons des oreilles, la pointe du nez, les paupières, les lèvres et la face dorsale des mains. A ce niveau, la répétition des éruptions, leur suppuration fréquente, accompagnée de chute des ongles, réalise à la longue un aspect assez voisin de la *sclérodermie*. Les doigts, portant des cicatrices mutilantes et recouvertes d'une peau mince, transparente, rougeâtre et difficilement mobilisables sur les plans sous-jacents, apparaissent comme des baguettes.

Si les cicatrices du visage et des doigts entraînent une disgrâce esthétique, la localisation cornéenne de l'éruption risque d'aboutir à la perforation et à la formation de cicatrices graves, d'où perte de la vue (Guenther, T. Hernando). Chez un malade de Wollmer, les lésions oculaires ont déterminé une cécité complète.

L'intervalle entre l'exposition aux radiations solaires et l'apparition de l'éruption est de règle proportionnel à l'intensité de la source lumineuse, d'où la rareté des manifestations et rechutes cutanées pendant l'époque hivernale.

Les poussées éruptives, se répétant pendant des années (un, dix-huit ans : L. Riccitelli), favorisent, à la longue, la pigmentation brune, ou brun noir, des cicatrices et territoires cutanés péricicatriciels. Riches en uroporphyrine (Borst et Kœnigsdoerffer), ces taches pigmentaires peuvent imiter, par leur morphologie et disposition, le chloasma utérin (J. Waldenström).

Souvent, on note, comme dans notre cas, un certain degré d'*hypertrichose faciale* (Covisa, Medina, T. Hernando) se caractérisant par l'exagération quantitative et qualitative des sourcils qui se réunissent sur la ligne médiane et se continuent aux extrémités avec la pilosité de la région frontale. Les pommettes sont également le siège d'une hypertrichose plus ou moins accentuée. Chez la femme, ce stigmate apparaît plus net, pouvant, comme dans le cas de Fraenckel, être « providentiel », car il sert en quelque sorte de filtre protecteur, contre les irradiations solaires ultérieures.

Il est intéressant de noter, dès maintenant, que cette hypersensibilité à la lumière solaire rapproche de façon étonnante, la maladie de Guenther de l'hydroa vacciniforme (estivale) décrit par le dermatologiste français Bazin (1862), et qui est considéré comme une dermatose de photo-sensibilisation, accompagnée de porphyrinurie.

Les rapports entre les deux manifestations cliniques d'hypersensibilité à la lumière, avec élimination urinaire de porphyrine, sont en partie établis grâce aux expériences ayant montré que l'injection de porphyrine ou hémato-porphyrine, suivie d'une exposition aux radiations solaires (ou des rayons ultra-violets) produisait non seulement des lésions vésiculeuses (comme celles de l'hydroa), mais aussi des érythèmes et des lésions papuleuses. Au cours d'auto-expériences, Meyer-Betz, après une injection intra-veineuse d'hématoporphyrine et une exposition au soleil pendant trente minute, vit apparaître chez lui une infiltration œdémateuse de la peau, qui guérit, laissant une importante cicatrice. Deux jours plus tard, s'exposant de nouveau aux rayons solaires, il eût un érythème intense avec infiltration considérable de la peau, témoignage d'une hypersensibilisation porphyrinique acquise, vis-à-vis des rayons solaires.

Le diagnostic de la maladie de Guenther est possible, si l'on connaît de façon détaillée l'historique de la maladie et de ses manifestations et enfin, si l'on sait rattacher aux effets de la photo-sensibilisation solaire, les lésions cutanées et la pigmentation que nous venons de passer en revue.

Mais c'est surtout par l'*examen physique et biochimique des urines*, mettant en évidence les pigments caractéristiques, que le diagnostic sera solidement établi.

Dès les premiers mois de la vie, et parfois, comme dans notre cas, dès les premiers jours après la naissance, l'attention des parents est alertée par la couleur très foncée ou franchement rouge des urines. Cette couleur est due à la présence de porphyrine (uro-porphyrine III surtout), dont le taux peut exceptionnellement atteindre et même dépasser 155 mgr. % (L. Riccitelli), alors que les chiffres habituels pour cette maladie, oscillent autour de 100 gamma %.

Parfois, la porphyrine se trouve également dans la bile et le sérum sanguin. Dans certains cas, grâce à la lumière de Wood, on a constaté la fluorescence des dents, témoignage de l'existence de copro-porphyrine (H. van den Bergh, Garrod).

Congénitale et parfois familiale, frappant de préférence le *sexe féminin*, la maladie de Guenther peut plus rarement apparaître comme une *affection aiguë* (Guenther, Garrod, Snapper, Barker et Estes, Bostroem, Lœffler, Weil et Weiss). On a noté, chez certains adultes, l'apparition brusque et sans cause apparente, à la suite d'un léger traumatisme, ou parfois après une émotion violente, de vésicules ou de bulles siégeant sur les oreilles, le nez et les mains. Comme dans la forme précédente, la guérison de ces lésions se fait avec des cicatrices de couleur rouge-violet. A la lumière de Wood, on a constaté une fluorescence rouge plus ou moin intense de la glabelle, des sourcils et des plis naso-labiaux. L'examen des viscères a montré parfois une augmentation de l'aire cardiaque, sans hypertension artérielle, un météorisme abdominal avec parfois une hépato et splénomégalie importantes. Les urines, rouge cerise, sont dues au mélange de porphyrine, urobilinogène, urofuschine et rouge scatol (Moesel).

En soulignant les caractères cliniques et biologiques de la porphyrinurie congénitale, J. Waldenström croit, en se basant sur les quatre arguments suivants, qu'il faut la séparer totalement, des autres formes cliniques de porphyries :

1° L'hypersensibilité à la lumière qui caractérise la maladie de Guenther et qui paraît dépendre, on vient de le voir, de la présence de porphyrines dans l'or-

ganisme animal, manque complètement dans les porphyries aiguës ;

2° En Suède, pays très ensoleillé (surtout la région du Norrland) où les cas de porphyrie aiguë sont relativement fréquents, on n'a pas encore signalé un cas authentique de maladie de Guenther ;

3° On ne connaît pas de cas de coexistence dans la même famille, de porphyrie aiguë et de maladie de Guenther ;

4° On n'a jamais isolé l'uroporphyrine III, dans les urines d'un malade atteint de la forme congénitale de porphyrie.

Cette façon de voir le problème n'est pas partagée par les autres auteurs et semble infirmée par l'existence de cas mixtes, dans lesquels, aux troubles cutanés viennent s'ajouter des manifestations digestives ou neuro-psychiques et où les urines se montrent riches en uro-porphyrine (Urbach et Blöch, Gottron et Ellinger et notre cas).

II. La porphyrinurie a symptomatologie digestive prédominante :

Contrairement à la forme précédente, celle-ci frappe, de façon plus ou moins brusque, de jeunes adultes, les femmes surtout. C'est le plus souvent après 30 ans, que, sans cause bien précise, ces malades sont pris de *crises abdominales très violentes à type de coliques*. La localisation des douleurs est variable d'un cas à l'autre, tantôt à droite ou à gauche, tantôt dans la région lombaire ou inguinale. Comme ces crises douloureuses s'accompagnent très fréquemment de météorisme, vomissements avec ou sans bile, d'un arrêt plus ou moins total des matières et même d'une petite poussée fébrile (Waldenström), la confusion avec une appendicite aiguë perforée, une cholécystite aiguë, une perforation gastrique ou enfin une colique néphrétique, est possible. Souvent, certains de ces malades ont été opérés une ou plusieurs fois, le diagnostic de porphyrinurie étant fait, plus tard, sur l'unique examen des urines.

Parfois, cependant, le tableau clinique, tout en comportant à un faible degré, des douleurs abdominales, des vomissements et de la constipation, est moins dramatique, se limitant plutôt à des sensations de pesanteur abdominale, avec des renvois, auxquels s'ajoutent des douleurs siégeant aussi bien au niveau de l'abdomen et du dos, que dans les membres supérieurs.

Mais dans un cas comme dans l'autre, c'est seulement huit, dix jours après la crise que les selles (rarement diarrhéiques : Waldenström) redeviennent normales, après avoir été au début formés de petites masses noires, recouvertes de mucosités sanguinolentes.

En ce qui concerne le diagnostic, il n'est le plus souvent possible que grâce à l'examen physique et biochimique des urines, qui, du fait de l'*élimination massive de pigments pendant la crise*, présentent une couleur rouge foncé, due à la présence de porphyrine, urobilinogène, indican et urobiline (Guenther, Barker et Estes).

Pendant la crise, l'examen du sang ne montre habituellement rien de particulier. Cependant, on a relaté certains cas, ayant présenté une importante leucocytose (17.000), de sorte que l'existence d'une pareille réaction n'exclut pas, comme on pourrait le croire, au premier regard, le diagnostic de porphyrinurie (Melkersson, Mason et Farnham, Waldenström).

L'étude radiologique, faite pendant la crise abdominale, met en évidence, ou bien une dilatation colique, responsable de la constipation (Assmann, Waldeström, Melkersson), ou bien une dilatation duodénale (Roth, Barker et Estes), ou enfin, une dilatation gastrique. Rarement, on note une atonie pylorique (L. Riccitelli) ou des spasmes du côlon (Roth, Bejul et Gelman).

En dehors des crises, ces malades présentent fréquemment une langue légèrement saburrale avec tendance à la constipation. Sans être ni gros ni douloureux, leur foie est cependant assez nettement insuffisant, ainsi qu'en témoigne la relative fréquence avec laquelle les urines contiennent de l'urobiline, de l'urobilinogène (Guenther, Waldenström), de l'indican ou même de la cystine et de la leucine (Weill et Weiss). Les épreuves de surcharge hydrique, glycosique et insulinique mettent également en évidence, ainsi que l'ont montré Melkersson, Althausen, Vannotti, une insuffisance hépatique. Enfin, les altérations hépatiques, trouvées à la nécropsie, oscillent entre l'atrophie jaune et la cirrhose plus ou moins évidente (Arbitz, Waldenström) et témoignent également de la fragilité particulière de cet organe, chez ces malades.

En ce qui concerne l'appareil cardio-vasculaire, notons une *tachycardie* (l'électro-cardiogramme montre une tachycardie sinusale) existant aussi bien dans les cas graves que légers ; elle est trop importante (120-140 par minute) pour être en rapport avec la fièvre peu élevée ou les douleurs ressenties par les malades.

Avec la tachycardie, on note une *hypertension artérielle* (Melkersson) atteignant et dépassant même des maxima de 20 et des minima de 14 cm. de Hg. Parfois, le tableau clinique de cette porphyrinurie est inauguré par une crise d'hypertension d'allure paroxystique, associée à des céphalées plus ou moins violentes. Rarement, on relate l'existence d'hématémèse (Calvert), d'hémorragies occultes (Snapper) ou de véritables diarrhées sanguinolentes (Ascoli, Melkersson).

L'étude du sang montre rarement une anémie (Garrod) ; par contre, la polyglobulie paraît plus fréquente (Guenther, Cottron et Ellinger, T. Hernando), étant due, selon certains auteurs (L. Riccitelli), à la déperdition aqueuse par suite des vomissements intenses. Selon d'autres, elle persiste et s'accentue même quand, après la période critique, le malade se réalimente normalement (T. Hernando).

Le métabolisme hydrique paraît touché, certains malades étant franchement cliguriques (du fait de spasmes artériolaires du rein : Schreus et Carrié), sans cependant présenter des infiltrations œdémateuses. De même, l'élimination hydrique ne semble pas influencée, chez ces malades, par l'apport d'eau ou l'administration de diurétique (Melkersson).

Le *métabolisme de base*, souvent élevé (+ 50-56 % : T. Hernando ; + 14 % : Medina), paraît être la conséquence de l'action de la porphyrine sur les tissus. On sait, en effet, qu'expérimentalement, la porphyrine augmente les échanges métaboliques des lipides, glucides et de certaines substances nucléiniques (Smetana, Ohta, Komatsu, Riccitelli et Lolli).

Quant au métabolisme azoté, on a signalé certains cas de porphyrinurie avec des azotémies anormalement élevées (Hoesch et Carrié, Roth).

III. La porphyrinurie a symptomatologie nerveuse prédominante :

Apparaissant également de façon brusque et chez des adultes jouissant jusqu'alors d'une santé apparemment intacte, les manifestations nerveuses revêtent tantôt un aspect neurologique pur, tantôt un aspect psychiatrique, tantôt enfin, il y a une intrication étroite des deux, avec prédominance du premier. Nous verrons, d'ailleurs, que le plus souvent, le syndrome terminal est purement neurologique.

En ce qui concerne les *manifestations neurologiques*, certaines porphyrinuries ont simulé, par leur début brutal, fébrile le plus souvent, une amyotrophie spinale progressive ou une poliomyélite. Dans le cas de Sachs, il y avait une atrophie notable des masses musculaires de quatre segments. Parfois, on est en présence d'un syndrome imposant au premier regard, le diagnostic d'encéphalite, du fait de l'existence de diplopie, de crises commitiales, de parésie de la musculature faciale et oculaire, de parésies du voile du palais, d'insomnie ou de dyssomnie, de l'irritabilité exagérée, une agitation avec ou sans accès maniaques, et enfin de convulsions tonico-cloniques atypiques (Guenther, Weiss, Melkersson, Rothmann, Einzig, Begreil, Gelman, Buchem, de Jong, Massa).

Dans certains cas, ce sont les crises comitiales ou les crampes qui paraissent dominer la scène. Cependant, leur pronostic ne paraît pas grave. Jamais, on n'a signalé d'exitus par état de mal, malgré leur authenticité indubitable, car elles s'accompagnent de myosis, de mictions spontanées et parfois de signe de Babinski bilatéral. Indépendamment de ces crises ou en même temps qu'elles, on a signalé des crises transitoires d'amaurose (Heinecke, Bachlener, Waldenström), d'où difficulté ou impossibilité de lire pendant un certain temps.

Mais les troubles que nous venons d'énumérer sont nettement moins fréquents et, nous ajouterons encore, moins typiques, pour la porphyrinurie, que les paralysies extenso-progressives, évoluant sous l'aspect de syndrome de Landry.

Signalée déjà par Guenther, la *forme polynévritique ascendante, à type de syndrome de Landry*, de la porphyrie, a, dans la suite, été observée par beaucoup d'auteurs dont nous ne citerons que Loeffler, Grunewald, Michelli et Dominici, J. Geissler, Nielsen, et, en France, Courcoux avec J. Lhermitte et Boulanger-Pillet, R. Boulin et ses collaborateurs, R. Garcin, L. Justin-Bezançon, Nepveux, Ortolan et Y. Geffroy.

Il est intéressant de souligner ici que l'analyse symptomatique détaillée du syndrome de Landry de nature porphyrinurique montre, ainsi que l'a souligné avec raison J. Waldenström, que l'évolution, selon la formule classique, l'atteinte successive des membres inférieurs, puis supérieurs et enfin des centres respiratoires bulbaires, est plutôt rare. Il est, par contre, plus fréquent de noter une évolution atypique malgré le caractère extensif des paralysies. Ainsi, dans beaucoup de cas, nous voyons s'installer d'abord un état d'apathie, ou d'agitation avec atteinte du VII, X ou XII paires craniennes, puis la paralysie des membres supérieurs et inférieurs, enfin l'exitus. Sur 50 cas cité par Waldenström, une fois seulement l'évolution fut « classique ». D'ailleurs, le cas récemment publié par R. Boulin, Justin-Bezançon, Nepveux et Geffroy (1939), est un syndrome de Landry descendant.

La fréquence avec laquelle l'on rencontre dans tous ces cas une asthénie très marquée avec ou sans adynamie généralisée, doit être soulignée, car, à leur début, certains malades ont été pris pour de véritables psychasthéniques, sinon des simulateurs.

On a relaté également des malades ayant présenté une atteinte médullaire, se caractérisant par des paralysies proximales asymétriques, des troubles des sphincters et un signe de Babinski (Bostroem, Thiele).

La sensibilité est toujours intacte ; rarement, on a noté une légère diminution de la sensibilité superficielle ou profonde (J. Waldenström).

En ce qui concerne les *manifestations psychiatriques*, certains malades présentent, comme dans le cas récemment publié par J. Geissler (1939) un état initial d'agitation alternant avec une dépression psychique, instabilité et sensiblerie, ayant imposé d'abord le diagnostic d'hystérie, syndrome qui finit par se démasquer, lors de l'installation des manifestations trahissant la polynévrite extensive terminale du type Landry. D'autres fois, ce sont des périodes de dépression, d'apathie, de manque de toute initiative et même des syndromes catatoniques (Ehrenberg, Möller et Persson) qui ouvrent la scène. Enfin, on assiste parfois à une véritable psychose porphyrinurique, les malades présentant une grande agitation psycho-motrice, des crises de colère, une insomnie rebelle à tous les médicaments (les barbituriques leur étant interdits, pour des raisons que nous indiquerons plus loin), de la confusion mentale avec hallucinations et délire aigu.

Ces cas finissent souvent par se compliquer de troubles neurologiques, revêtant le plus souvent l'aspect d'un syndrome de Landry typique ou non, qui enlève le malade en peu de temps.

(A suivre.)

La dépression constitutionnelle, l'ancienne neurasthénie dans ses rapports avec la médecine générale, clinique, biologique, thérapeutique, par R. Montassut, avec une préface du Professeur Henri Claude. Un vol. de 210 pages, prix : 45 francs. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

Traité de biocolloïdologie, tome V, Etat colloïdal et médecine, fascicule I, *Le sang* (avec 371 tables de données numériques, 121 figures dans le texte et 30 figures hors texte en couleurs), par W. Kopaczewski, un vol. de 149 pages. Chez Gauthier-Villars, à Paris, 1937.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1939

A propos du procès-verbal. — M. Emile Sergent, à propos de la communication de M. Rist, à la séance du 2 juillet, apporte quelques réflexions personnelles sur la vaccination par le B. C. G.. Insistant sur les résultats déjà obtenus par la mise en pratique de cette vaccination dans différents pays, il s'attache à combattre la campagne entreprise contre le B. C. G., soi-disant nocif et dangereux, et à montrer que la conduite qui s'impose est de pratiquer la vaccination avec une méthode telle qu'elle soit réalisable. La vaccination du nouveau-né par la bouche doit être remplacée par la vaccination parentérale, qui, seule, permet d'affirmer la pénétration du vaccin ; elle est suivie d'une réaction locale, qui peut être un petit abcès froid temporaire et d'une cuti-réaction positive.

Rapport. — M. Jules Renault, au nom de la Commission d'Hygiène et des Maladies contagieuses, soumet à l'examen de l'Académie, le projet de décret portant règlement d'administration publique pour la vaccination antidiphtérique.

Il commence par l'historique de cette vaccination et montre les étapes par lesquelles elle a passé pour arriver à l'anatoxine de Ramon dont, dans le monde entier, on reconnaît l'efficacité de l'innocuité. Ces qualités indispensables sont confirmées par les résultats de l'enquête que, à la suite d'une surprenante campagne de dénigrement, M. Marc Rucart, ministre de la Santé Publique, a ordonnée dans toute l'étendue du territoire ; résultats qui permettent de proclamer, une fois de plus, les bienfaits de la vaccination par l'anatoxine : 98 succès sur 100, un risque sur 500.000 et encore n'est-il pas démontré que ce risque soit imputable à l'anatoxine elle-même.

M. Jules Renault examine ensuite l'économie du projet de décret : organisation départementale du service par le Conseil général ; direction assurée par l'inspecteur départemental d'hygiène, sous l'autorité du préfet; contrôle supérieur confié à l'Académie de médecine ; établissement par le maire, des listes des assujettis ; gratuité de la vaccination en séances publiques ou en séances restreintes ; liberté à la famille de faire vacciner ses enfants à ses frais par son médecin ; trois séances de vaccination espacées de quinze en quinze jours et une injection de rappel à 6 ans ; des instructions spéciales préciseront les cas dans lesquels la vaccination pourra être ajournée sur avis médical ; établissement du certificat de vaccination ; pénalités aux contrevenants.

La discussion du projet commencera au début d'octobre.

Les accidents de l'aviation aux hautes altitudes. — MM. Garsaux, Max Richou et Maurice Laurent, ont voulu se rendre compte expérimentalement des lésions que pouvait déterminer chez les aviateurs la rupture brusque des carlingues étanches. Ils ont été surpris de constater qu'au moins chez les animaux, ce genre d'accident ne semblait déterminer aucune lésion et paraissait même bien supporté.

Ils ont fait passer brusquement une série d'animaux, de volume et de poids variable, cobayes, lapins, poules, porcs et singes, de la pression atmosphérique normale à des dépressions de l'ordre de 10 à 19 cm. de mercure, correspondant à des altitudes de 10 à 15.000 mètres, en un temps avoisinant le millième de seconde.

Sur ces 38 animaux, 2 porcs seulement ont présenté quelques phénomènes transitoires, caractérisés par des troubles de la déséquilibration, et de la parésie des muscles extenseurs des membres antérieurs. Mais aucun n'a réagi au choc pneumatique.

Ces considérations ont une très grande importance, car on peut se demander si chez l'homme il n'en est pas de même, auquel cas la rupture de la carlingue étanche serait peu à redouter, à condition, toutefois, d'assurer la réoxygénation immédiate.

Discussion. — MM. Tanon, Marchoux, Trillat.

M. Tanon demande la création d'une commission de l'aviation.

Cette commission est aussitôt décidée. Elle comprendra MM. Tanon, Justin Godard, Rouvillois, Trillat, Binet, A. Mayer, Mathis. M. Garsaux est adjoint à la commission.

Autres communications :

MM. Lépine, Sédaillan et Mlle Sautter. — Sur la présence du virus poliomyélitique dans les matières fécales et sa longue durée d'élimination chez un porteur sain.

M. Vanverts. — La désinfection du champ opératoire par l'alcool.

M. Galliard. — Existence et rôle pathogène spécifique de filaria malayi au Tonkin. (Présentation faite par M. Brumpt.)

Mme Laurka. — La danse comme moyen d'éducation.

M. Blanchard. — Remarque sur le vaccin de culture.

MM. Dujarric de la Rivière, Roux et Chevé. — Sérothérapie et chimiothérapie associées pour le traitement de l'infection méningococcique expérimentale.

MM. Hazard, Cheymol et Henry. — Etalonnage de l'insuline-zinc-protamine.

M. Antoine et Mlle Régnier. — Rapport entre la conductivité et les essais physiologiques des solutions des arsenicaux trivalents.

ACTION DU CHLORATE DE POTASSE SUR LA POLIOMYÉLITE AIGUE

Aux Laboratoires de Recherches Scientifiques de Garches (Fondation F. Debat), le professeur M. Arthus a exposé récemment, comment ses collaborateurs, Ch. Contat, C. Spycher et F. Debat, ont été amenés à constater l'activité particulière du chlorate de potasse sur l'évolution de la poliomyélite antérieure aiguë.

Au cours d'une épidémie grave de cette affection, sévissant dans les cantons de Vaud et de Fribourg (1936-1937), Ch. Contat remarqua que chez des enfants qui présentaient des phénomènes d'angine au début de la maladie, le chlorate de potasse administrée par voie buccale (en même temps qu'on pratiquait la sérothérapie classique) agissait rapidement sur la température et arrêtait, en quelques heures, les processus paralytiques.

Cette amélioration n'était pas l'effet du hasard.

Au cours de 19 cas, Contat avait utilisé systématiquement le chlorate de potasse pour compléter l'action sérothérapique, mais, en raison des faits, il n'usa plus que du chlorate de potasse au cours de 16 autres cas.

En même temps, il précisait les conditions dans lesquelles le médicament doit être administré, pour en obtenir le meilleur effet : 8 à 10 centigrammes par kilo de poids et par jour, divisé en 12 fractions égales, données très exactement de deux heures en deux heures.

Les malades reviennent généralement à une température normale en moins de trente-six heures ; parallèlement, une régression des symptômes poliomyélitiques (algies, tremblements, parésies) se produit. Par mesure de prudence, le trai-

tement est prolongé quarante-huit heures après le retour de la température à la normale.

L'épidémie de 1936-1937 fut particulièrement meurtrière, cependant, on ne compte aucun décès parmi les 35 malades ainsi traités.

L'expérimentation physiologique complète les indications de la clinique.

Le Dr F. Debat ayant offert à ces études les ressources de ses Laboratoires de Recherches à Saint-Cloud et à Garches et en ayant, en outre, installé un centre annexe à Fribourg, on procéda, sous la direction du Professeur M. Arthus, à des séries d'essais sur le singe (macacus rhesus).

Chez les singes infectés par voie intra-cérébrale (injection d'une suspension de moelle poliomyélitique), on constate :

Chez les animaux non traités : un envahissement rapide par les paralysies ; la mort survient entre le sixième, et le huitième jour.

Chez les animaux traités immédiatement après l'injection infectante ou quarante-huit heures après cette injection, au chlorate de potasse, la conservation d'un état général normal, sans accident d'aucune sorte, tant au cours du traitement qu'après sa suppression.

Les détails de ces recherches cliniques et physiologiques ont été publiés dans les *Annales de Thérapie Biologique*, numéro de mai 1939, par MM. Ch. Contat, M. Arthus, C. Spycher, F. Debat.

M. Arthus, après avoir indiqué que de nouvelles recherches sont en cours sur la neutralisation du virus poliomyélitique *in vitro* par le chlorate de potasse et sur les possibilités de l'immunisation préventive du singe par le virus ainsi transformé, demande aux praticiens, sans renoncer à la sérothérapie classique, d'essayer, lorsqu'ils devront traiter un cas de poliomyélite, la médication au chlorate de potasse (aux doses et selon le rythme indiqués).

Il ajoute que ses collaborateurs et lui-même évitent de donner des faits actuels une interprétation prématurée et se bornent à apporter objectivement ces éléments nouveaux au traitement jusqu'ici bien décevant de la poliomyélite antérieure aiguë.

COMMENT ET A QUELLES DOSES LE CHLORATE DE POTASSE DOIT-IL ÊTRE EMPLOYÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGUË

Le traitement de la poliomyélite par le chlorate de potasse sera institué de la manière suivante :

Le malade doit absorber 0 gr. 10 de chlorate de potasse par kilo de son poids et par vingt-quatre heures. La potion sera administrée de deux en deux heures, *nuit et jour*, en 12 prises égales.

Quel que soit le poids du malade, la quantité de potion doit être la même : 12 cuillerées à soupe, soit

$$15 \text{ cm}^3 \times 12 = 180 \text{ cm}^3$$

On prescrira donc chez un enfant de 15 kilos :

Chlorate de potasse	1 gr. 5
Sirop de framboise	40 gr.
Eau .... q. s. p.	180 cm^3

Si l'enfant pesait 20, 25, 30 ou 40 kilos, on indiquerait : Chlorate de potasse........ 2 gr., 2 gr. 5, 3 gr. ou 4 gr.

REMARQUES IMPORTANTES

1° *Le traitement doit être établi d'extrême urgence* dès que le diagnostic est posé, les paralysies installées regressant d'autant moins qu'on a attendu plus longtemps.

2° Lorsqu'il s'agit d'une forme plus grave de l'infection, ou lorsque le médecin n'est appelé qu'après l'apparition des paralysies, il y a intérêt à doubler la dose de chlorate pendant les douze premières heures.

Dans ce cas, la potion sera la même, mais on administrera une cuillerée à soupe *toutes les heures* pour revenir ensuite à l'administration chaque deux heures.

3° Le pharmacien chargé d'exécuter l'ordonnance, pouvant être étonné par l'importance des doses journalières prescrites par le médecin, celui-ci fera bien de répéter : « Je dis x... grammes ».

4° Le médecin traitant insistera auprès des parents sur la nécessité d'administrer la potion *régulièrement toutes les deux heures, la nuit comme le jour.*

L'interruption risque d'avoir des conséquences graves, ainsi que l'a montrée l'expérience.

5° On prolongera le traitement après le retour de la température à la normale pendant au moins cinq à six jours.

CONGRÈS

XVIIIe JOURNEES MEDICALES DE BRUXELLES

(Session de Liége à l'occasion de l'Exposition de Liége 1939)

Les Journées médicales de Bruxelles qui connaissent un si légitime succès depuis dix-huit ans, sous les auspices du *Bruxelles Médical*, et grâce au génie d'organisation de nos amis René Beckers, Léopold Mayer et Raoul Bernard, ont revêtu cette année un éclat incomparable.

Deux faits importants y ont contribué.

Elles ont eu lieu cette année à Liége, pour la première fois, à l'occasion de l'Exposition Universelle et de l'inauguration du canal Albert.

Aux Journées médicales se sont jointes en outre, cette année, 16 Sociétés savantes belges ou organismes scientifiques internationaux, tenant séances extraordinaires dans le cadre des Journées. Citons en particulier parmi celles-ci la Cancérologie, l'Obstétrique, la Traumatologie et les Maladies professionnelles.

Non seulement 36 pays étaient représentés, mais encore chaque grande nation avait envoyé cette année à Liége, quelques-uns de ses médecins, parmi les plus connus et les plus distingués.

Citons en particulier, pour la France, les noms de : Pierre Mauriac, Cavaillon, Gosset, Fredet, Mathieu, Desmarest, Oberlin, Leroux, Huguenin, Bazy, Barthélemy, Joltrain, Mathieu Pierre Weil, Gougerot, Maurice Roy, Simonne Laborde, Peyron, le médecin général inspecteur Rouvillois et le médecin général Maisonnet.

La séance inaugurale a eu lieu dans le Palais de l'Université. S. M. le Roi s'était fait représenter par le lieutenant général Six. La conférence de Pierre Mauriac éloquente, persuasive, ardente et empreinte d'un mysticisme élevé, nous a dépeint, dans une langue académique, le médecin arbitre et défenseur entre l'homme traqué et la société. Il a obtenu un grand succès, mais nous ne saurions oublier ni le discours éloquent de M. Jaspar, ministre de la Santé Publique, ni la magnifique allocution du Professeur Renaux, président des Journées médicales, membre de l'Académie Royale de Médecine, et dont chacun connaît la haute valeur scientifique.

René Beckers, à son habitude, fut parfait dans son exposé et nous pensions tous à Sa Majesté la Reine Mère, dont on connaît l'étendue des connaissances médicales et qui, pendant tant d'années, fut fidèle à ces séances inaugurales, auxquelles elle ajoutait l'éclat de sa présence.

Nous ne saurions citer toutes les conférences si intéressantes qui furent faites. Le seul reproche qu'on pourrait exprimer c'est qu'elles étaient trop nombreuses aux mêmes heures, et qu'elles présentaient tant d'intérêt, que

c'était avec un réel regret qu'on se voyait obligé de choisir.

Citons parmi les conférences scientifiques, un remarquable exposé de Fernand Héger-Gilbert, sur la Responsabilité médicale ; une mise au point du traitement chirurgical du diabète, par Jentzer, professeur à l'Université de Genève; une description remarquable de André Gratia, de Liége, sur l'ultra centrifugeur qu'il a mis au point, et les découvertes qu'on était en droit d'espérer de son emploi. Bigwood nous a apporté un nouveau Test oculaire permettant de reconnaître dans l'organisme une carence en vitamines A.

Fribourg-Blanc a montré ce qu'il fallait penser de la Malariathérapie dans le Paludisme, et Joltrain a fait l'histoire de l'Histamine, son rôle dans les états anaphylactiques, et mis au point la question telle qu'elle se présente actuellement de l'Histamino et de l'Anti-Histaminothérapie.

A la *Société d'Obstétrique*, signalons la communication de Max Cheval, une intéressante discussion sur les Anesthésies, et une brillante intervention de Desmarest, faite avec la clarté et la précision qu'on lui connaît, suivie d'un exposé de d'Ernst de Genève.

Aux *Journées de cancérologie*, il y eut 6 séances de communications, et d'intéressantes discussions consécutives, dont la plupart intéressaient autant et même plus la Médecine générale, que la Cancérologie pure. Nous signalerons les vues intéressantes de Watermann, d'Amsterdam, sur le Cancer expérimental de l'estomac, les dangers signalés par Reding, sur l'emploi des colorants, les exposés de Lacassagne sur l'action cancérigène dans certaines conditions de la folliculine dont la formule se rapproche des carbures cancérigènes. Une étude de Weitzmann, de Leipzig, sur la conservation des cellules carcinomateuses humaines *in vitro*, une discussion sur le rôle de la colchicine dans la formation des tumeurs expérimentales à laquelle prennent part : Dustin, de Bruxelles, et Peyron, de Paris.

Toutes les questions modernes, le rôle des routes goudronnées sur le développement du cancer du poumon, l'action de la radiothérapie et du radium et la genèse chimique du cancer, furent évoquées au cours de ces séances.

Les *Journées de Traumatologie* et de maladies professionnelles, sous la présidence du Professeur Albert, furent également très brillantes, et nous ne saurions oublier la communication de Bazy, sur le Tétanos ; celle de Van Gehuchten, de Louvain, sur le syndrome post-commotionnel et les dermatoses professionnelles par le Dr Barthelemy.

Les réceptions furent magnifiques à l'Hôtel de Ville par des Echevins, au Palais de l'Exposition par le baron de Launoit, commissaire général.

Citons le banquet du dimanche qui réunit les ambassadeurs de 23 pays et plus de 450 médecins. Au Pavillon français, le restaurant « Françoise, première cuisinière de France », dirigé par Rousseau, qui, en trouvant le moyen de servir un dîner remarquable à tant de convives, s'est montré un des meilleurs propagandistes des qualités françaises. Au dessert, un toast au Roi fut porté par le plus ancien ambassadeur, M. de Bulow, ambassadeur d'Allemagne. Le président donna ensuite la parole à l'ambassadeur d'Angleterre au nom des délégations étrangères. Il termina son allocution pleine d'humour, par cette phrase que nous avons retenue : « *C'est à vous , Messieurs les Médecins qu'il faudrait confier le sort de ce monde malade, car vous seuls pourriez guérir certains cerveaux souffrants* ». Un tonnerre d'applaudissements couvrit ces paroles.

Ce compte rendu des Journées médicales de Belgique ne serait pas complet si nous n'ajoutions une excursion à Spa, par un temps magnifique et la visite du canal Albert qui représente un travail formidable, et qui avait été le jour même, heureusement sur un petit espace, le théâtre d'un accident, une brèche ayant causé une véritable inondation. C'est un merveilleux travail d'art servant à la défense du pays.

E. J.

CONGRÈS DE LA DIURÈSE

Vittel, 27, 28 et 29 mai 1939

C'est à Vittel, il est bon de le rappeler, que se réunissait, il y a douze ans, le premier Congrès organisé dans une station thermale. Ceux, et il sont nombreux, qui n'ont pas oublié cette première manifestation, sont revenus à Vittel persuadés que, cette fois encore, la réussite allait être certaine ; ils ne furent point déçus puisque le succès du Congrès de la Diurèse fut éclatant ; tout y a contribué : le choix des rapports, la qualité des rapporteurs, le travail d'organisation et de préparation fourni depuis de longs mois par ceux qui avaient accepté la charge et l'honneur de mettre au point et d'organiser cette manifestation, l'affabilité de nos confrères de Vittel et de tous les membres de la Société des Eaux, enfin le charmant accueil qui nous a été réservé par tous nos amis de Vittel, et principalement par MM. Jean Bouloumié, Président du Conseil d'administration ; Chabane, Administrateur-Directeur de la Société ; Boigey et Violle, Présidents de la Société des Médecins de Vittel.

Le Congrès a été présidé par le Professeur Rathery, et nul n'était plus qualifié pour en diriger les travaux et pour présider aux nombreuses et savantes discussions qu'allait faire naître chacun des rapports ; nous sommes certains de répondre aux sentiments unanimes des Congressistes en affirmant que le Professeur Rathery n'est pas seulement un excellent Président, mais un parfait animateur. Il fut l'âme même du Congrès.

Nous ne saurions oublier les deux Secrétaires généraux et le Secrétaire administratif : le Dr F.-P. Merklen, le Dr Boigey et M. Frisch, qui dira tout le travail fourni ces derniers mois par ces parfaits organisateurs. Ils ont droit à tous nos compliments et à tous nos remerciements.

A. Roux-Dessarps et Mande.

Résumé des Rapports

Etude de la diurèse spontanée. — Le Prof. Castaigne montre l'intérêt de la diurèse spontanée pour l'étude du fonctionnement rénal. Il précise que l'insuffisance de diurèse ne peut être qu'un point de départ de l'étude des fonctions rénales. Puis, il distingue trois grandes variétés d'oliguries :

1° *L'oligurie évidente*, telle qu'on l'observe au cours des affections cardiaques, rénales, des infections ou des intoxications aiguës. Dans ces cas, l'étude de la diurèse provoquée est difficile ou impossible. Aussi, l'étude de la diurèse spontanée est-elle d'un très grand intérêt : le meilleur moyen d'étudier le fonctionnement rénal est alors de doser simplement l'urée urinaire qui, dans ces urines déjà très concentrées, traduit approximativement le pouvoir concentrateur du rein, et permet ainsi de juger la part exacte du rein dans ces oliguries.

2° *Les oliguries chroniques frustes* sont des formes beaucoup plus intéressantes, ordinairement latentes, mais connues des malades, dont l'étude nécessite de mesurer strictement la diurèse pendant une période déterminée.

3° *Les oliguries camouflées.* — Dans ces cas, la diurèse est apparemment normale et l'oligurie n'est véritablement que qualitative, se rapprochant de ce qu'Ambard avait décrit sous le nom d'oligurie relative. L'étude du pouvoir concentrateur de l'urée n'apporte plus ici un élément suffisant d'appréciation de l'état rénal et doit être complétée par d'autres méthodes d'exploration telle que la densimétrie.

Le Professeur Castaigne conclut sur la nécessité d'associer l'étude de la diurèse spontanée et de la diurèse provoquée, études qui doivent être faites séparément.

La diurèse provoquée. — M. Cottet rappelle que la pratique de l'épreuve de diurèse provoquée est née de la pratique de la cure de diurèse. Il indique la technique de cette épreuve et montre tout l'intérêt qu'elle a, non seulement dans l'étude du fonctionnement rénal, mais dans celle du transit pré-rénal de l'eau.

Il en rapproche ensuite d'autres épreuves qui en dérivent plus ou moins exactement, en particulier l'épreuve de Volhardt. Il conclut sur la simplicité technique de cette épreuve et en indique en même temps les limites : elle permet de dépister l'insuffisance rénale mais ne permet pas d'en mesurer le degré.

Diurèse et système nerveux. — MM. L. Cornil et Malmejac s'attachent spécialement à la solution de quelques-uns des problèmes que pose cette vaste question.

1° Ils rappellent que l'analyse expérimentale a démontré l'influence d'une excitation du système nerveux central sur la diurèse. Deux régions semblent particulièrement importantes dans cette régulation : le plancher du 4e ventricule et la région infundibulo-tubérienne.

2° Ils étudient ensuite le rôle des nerfs du rein et en dégagent deux faits importants :

a) L'énervation complète du rein n'en supprime pas le fonctionnement et ce rein énervé continue à secréter d'une façon sensiblement normale.

b) Il ne semble pas exister ni dans le sympathique, ni dans le para-sympathique, de fibres excito-sécrétoires du rein ; par contre, l'existence de nerfs freino-sécréteurs est indubitable.

3° Le rôle du système vaso-moteur leur paraît de premier plan. Il est mis en évidence par une série d'expériences portant sur les nerfs régulateurs de la tension artérielle. Après section complète de ces nerfs, la tension artérielle s'élève brusquement, le rein diminue de volume et sa sécrétion diminue ou se tarit complètement Si l'on réalise la même expérience sur un animal dont un rein a été énervé, ce rein énervé se dilate et sa sécrétion augmente.

Enfin, les auteurs concluent sur l'existence possible d'un système nerveux, régulateur autonome du rein.

Diurèse et glandes endocrines. — M. Lucien Brull Liége). — La régulation de la diurèse est largement tributaire du système endocrinien, principalement de l'hypophyse, de la thyroïde et de la surrénale.

L'ingestion d'eau provoque une hydratation des tissus, qui est suivie, avec une légère période de latence, d'une polyurie. Cette polyurie relève probablement de l'inhibition de la sécrétion posthypophysaire (Verney). Il est définitivement démontré que dans certaines conditions l'hypophyse déverse dans le sang un principe antidiurétique possédant toutes les actions de l'extrait du lobe postérieur (Verney, Brull). L'hypothèse d'une hormone diurétique d'origine intestinale reste toujours insuffisamment étayée.

Le mécanisme de l'action de la thyroïde, favorable à l'élimination de l'eau, n'est pas encore établi. On ne sait pas s'il s'agit d'une action tissulaire, rénale ou mixte.

Association de la Presse Médicale Française.

La corticale surrénale, qui intervient largement dans le métabolisme du sodium et du potassium, influence sans doute indirectement, et par l'intermédiaire des minéraux, le métabolisme de l'eau.

La sécrétion de l'eau au niveau des reins. — MM. H. Benard et F.-P. Merklen étudient les modifications histo-physiologiques qui accompagnent la sécrétion de l'eau au niveau des reins et constatent que les glomérules sur les coupes histologiques subissent des alternances fonctionnelles, les nombres de glomérules en fonction variant avec l'importance de la diurèse aqueuse. Ils étudient également les modifications fonctionnelles des tubes contournés, de l'anse de Haenle et du segment intermédiaire de Schweigger-Seidel et ils constatent que de multiples obscurités persistent encore au point de vue histo-physiologique sur les mécanismes exacts de la sécrétion de l'eau au niveau du rein, ceci après avoir passé en revue les diverses théories qui veulent expliquer le phénomène.

Ils ont enfin étudié les divers facteurs qui influent la sécrétion de l'eau au niveau du rein. Ils pensent que la circulation rénale est un facteur important tant en ce qui concerne la pression que la quantité de sang qui traverse l'organe.

Les facteurs tissulaires de la rétention d'eau. — MM. Pierre Mauriac et R. Sarric. — Ces facteurs sont ceux qui assurent l'hydrophilie tissulaire.

A l'état physiologique, l'eau représente les deux tiers du poids du corps, et la plus grande partie se trouve dans les tissus. On distingue l'eau cellulaire et l'eau lacunaire contenues dans les espaces inter-cellulaires.

A l'état de rétention, l'eau s'accumule dans les espaces inter-cellulaires; le facteur morphologique paraît ici particulièrement important ; un tissu retiendra d'autant plus d'eau qu'il contient davantage de tissu conjonctif et que ce tissu sera lui-même d'une texture plus lâche.

L'eau peut s'accumuler aussi au sein même des cellules. Là il est difficile de trouver d'autres facteurs réels de la rétention d'eau dans les tissus. Aussi, la pression hydrostatique dans le tissu dépend de celle qui s'exerce dans le sang et le système lymphatique et ne peut être considérée isolément, de même le facteur physico-chimique de la rétention d'eau dans le tissu participant aux mêmes forces s'exerçant dans les humeurs ou les vaisseaux environnants. Sur ce problème ainsi posé, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1° En dehors d'un élément morphologique propre à certains tissus, il est impossible de dissocier les facteurs dits d'hydrophilie tissulaire et les conditions physico-chimiques créées par la perméabilité capillaire et circulatoire ;

2° La notion d'hydrophilie tissulaire ne doit se concevoir que relativement à l'état d'hydrophilie des éléments avoisinants.

Contribution à l'étude des modifications post-opératoires de la diurèse. — MM. Pierre Duval, Gatellier et Goiffon ont suivi jour par jour le phénomène qui succède à l'acte opératoire en ce qui concerne le fonctionnement rénal et en particulier l'élimination de l'eau. Il semble bien que, pendant les premières heures qui suivent l'opération, le fait qui domine est la sidération rénale avec diminution considérable de la sécrétion en général. Ensuite s'installe une oligurie qui est incapable d'éliminer les éléments toxiques qui imprègnent l'organisme, éléments toxiques provenant en particulier de l'attrition tissulaire, leur accumulation provoquant une intoxication azotée avec hyper-polypeptidinémie. Les auteurs ont étudié successivement les modifications dans la composition et la qualité des urines et ont cherché à déterminer les causes des modifications de la diurèse post-opératoire, et enfin ils ont cherché à déterminer une sanction thérapeutique. Pour lutter contre la sidération rénale, ils citent l'anesthésie locale, préconisée par Leriche et Crile et certains produits peu toxiques, comme le cyclopropane. L'oligurie doit être combattue en maintenant l'intégrité de la masse sanguine par l'injection de sérum isotonique ou hypertonique. Ils proposent enfin, dans le même but, l'emploi de rayons infra-rouges proposés par Havlicek et Paschoud, Leriche, Lambret, etc.

Enfin, pour faciliter l'élimination des déchets, des injections de glucose-insuline et d'extraits hépatiques paraissent être indiquées.

Les pigments urinaires. — MM. Rangier et de Traverse étudient quelques-uns des pigments sur lesquels des travaux récents ont attiré l'attention. Après avoir rappelé la filiation des produits de démartialisation de l'hématine, ils indiquent les différents types de porphyrines éliminés par les urines. Il en existe deux grandes classes dont le métabolisme est totalement différent, qui correspondent à une isomérie des positions type I et type III.

Le type I ne pouvant en aucun cas conduire à l'hématine ou en provenir ; le type III, au contraire, faisant partie de la lignée des pigments sanguins. Cette différenciation ne correspond que partiellement aux syndromes cliniques. Les porphyrines sont des témoins de certains états pathologiques, mais en outre leur présence dans l'économie provoque des accidents propres.

D'autre part, les auteurs apportent le résultat de leurs travaux sur les différentes réactions colorées dont on a voulu faire des témoins des fermentations anormales au niveau du tube digestif, et en particulier sur celles dites « du rouge de Scatol ». Ils montrent que la plupart de ces colorations sont dues à la formation de l'indorubine et de ses polymères à partir de l'urochrome, pigment normal des urines, lequel est constitué par un noyau indoxylique lié à une chaîne peptidique par l'acide glycuronique. De telles réactions ne sauraient donc avoir d'intérêt diagnostique ou pronostique.

Diurèse et énervation rénale. — M. Fontaine présente son rapport sur « diurèse et énervation rénale ». Après avoir rappelé l'anatomie et la physiologie des nerfs du rein, l'auteur retient parmi les procédés d'énervation rénale, jusqu'ici préconisés, les trois suivants :

1° *La section des nerfs grand et petit splanchnique*, qui n'assure pas une énervation totale du rein, mais supprime un nombre important de fibres nerveuses se rendant à cet organe. Chez l'homme, cette opération est faite par une incision transversale sous-costale qui mène, par voie sous-péritonéale, directement sur le splanchnique et la partie supérieure de la chaîne sympathique lombaire, qu'il y a souvent intérêt à disséquer en même temps, ainsi que le prouvent les recherches poursuivies par l'auteur avec son maître, le Professeur Leriche ;

2° *L'énervation du pédicule rénal* répond à l'opération de MM. Ambard et Papin. On peut lui adjoindre avec profit la *sympathectomie périartérielle autour de l'artère rénale* ou *l'ablation du ganglion cortico-rénal*, que l'auteur a, lui-même, introduite dans la thérapeutique chirurgicale, et dont il étudie, avec quelques détails, l'action physiologique. L'énervation rénale du pédicule rénal et ses variantes réalisent l'énervation la plus complète possible ;

3° *La décapsulation* est également un procédé d'énervation rénale. En badigeonnant la surface du rein décapsulé à l'aide d'isophénil, on augmente l'effet de l'opération (Dambrin).

Ces trois sortes d'interventions entraînent toutes une hyperémie qui, très nette dans les premiers jours après l'opération, s'atténue rapidement dans la suite, de sorte qu'au bout de quelques semaines, la vascularisation du rein énervé est identique à celle du rein sain.

Une action directe des nerfs rénaux sur la sécrétion est admise par certains auteurs. Si tant est qu'elle existe, elle n'est pas suffisamment importante pour que l'on puisse admettre, à côté de l'influence vasomotrice, une action sécrétoire directe sur le rein de ces opérations, qui agissent donc avant tout comme méthodes vaso-dilatatrices. Par l'hyperémie qu'elles entraînent, elles modifient la fonction rénale. Aussi dans un troisième chapitre, le Professeur Fontaine étudie-t-il l'action de ces opérations :

a) Sur la diurèse d'un rein sain ;

b) Sur celle d'un rein déficient.

a) Rapportant des documents tant expérimentaux que cliniques, le Professeur Fontaine arrive à la conclusion que tous les procédés d'énervation rénale entraînent certaines modifications immédiates de la fonction rénale qui, le plus souvent, aboutissent à une augmentation, plus rarement à une diminution de la valeur fonctionnelle du rein. Mais, dans tous les cas, celle-ci redevient très rapidement ce qu'elle était avant l'opération et demeure ensuite normale.

Il en résulte que les énervations rénales peuvent être pratiquées sans arrière-pensée pour la fonction du rein, quand elles sont indiquées dans les néphropathies douloureuses.

b) Quant à l'action de l'énervation sur la fonction d'un rein déficient, certaines expériences montrent la possibilité de l'améliorer de cette façon ; mais, d'autres recherches expérimentales sont restées négatives. En clinique, la décapsulation a rétabli la diurèse dans un certain nombre de cas d'anurie aiguë ; mais les échecs sont fréquents. Dans des cas de glomérulo-néphrite aiguë à marche traînante, une importante amélioration de la fonction rénale a pu être obtenue. Mais c'est surtout dans la néphro-angiosclérose bénigne avec hypertension que l'énervation rénale a donné de bons résultats, le traitement chirurgical de cette variété de néphrites se superposant d'ailleurs à celui de l'hypertension solitaire permanente. Dans les autres formes de néphrite, les résultats des opérations hyperémiantes ne sont guère brillants.

Le Professeur Fontaine conclut en rappelant une fois encore que les énervations agissent par voie vasomotrice uniquement, et n'exercent aucune action directe sur « l'épithélium sécréteur du rein ». Sont donc seules susceptibles de bénéficier de ces interventions les néphropathies s'accompagnant d'ischémie rénale, à condition que les éléments nobles du rein ne soient pas par trop altérés. Aussi faut-il savoir ne pas trop attendre de ces procédés, qui ne constituent pas une panacée, et leurs contre-indications paraissent devoir être nombreuses. Il s'agit de les préciser.

Traitement chirurgical des oliguries et des anuries infectieuses et toxiques. — MM. Patel et Thévenot. — Le traitement chirurgical de ces syndromes relève de trois opérations :

1° La décapsulation, unilatérale le plus souvent, bilatérale soit en une seule séance, soit en deux successives. Cette intervention est bénigne ; la décapsulation est au besoin complétée par la résection capsulaire. Elle donne nettement l'impression qu'elle soulage le rein et facilite le fonctionnement ;

2° La néphrotomie est plus difficile à exécuter, plus grave, car elle expose aux hémorragies immédiates ou secondaires ; pour cette raison, elle perd de plus en plus du terrain ;

3° L'énervation est une opération délicate et d'une efficacité discutée.

Parmi ces opérations, les deux premières agissent par décongestion du rein et saignée locale, la troisième apparaît plutôt comme une opération complémentaire. Les résultats sont variables suivant la cause du syndrome, la nature des agents infectieux ou toxiques, l'allure aiguë ou chronique des accidents. Les lésions sont temporaires, d'ordre congestif, ou bien définitives, et s'accompagnent de destruction cellulaire. La décapsulation, dans les accidents infectieux, améliore momentanément la sécrétion rénale. Cette action existe aussi dans les lésions toxiques. La néphrotomie, dans cette dernière occurence, désobstruerait mieux que l'intervention précédente les tubes urinifères obstrués. L'énervation a des résultats discutables. L'opération, en tout cas, est légitime ; elle n'agit pas sur la cause des accidents ; le malade peut donc mourir d'infection ou d'intoxication.

L'opération facilite simplement la sécrétion rénale, c'est-à-dire donne au traitement médical la possibilité d'agir plus efficacement.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

École pratique du Secouriste spécialisé dans les soins aux asphyxiés du temps de paix et aux gazés du temps de guerre, par le Médecin général Cot. 5e édition, revue et augmentée. Un vol. de 302 pages. Prix : 28 francs. Éditions Le François, 91, boulevard Saint-Germain, Paris.

C'est en 1935, que le médecin général Cot publia la première édition de ce volume, véritable traité pratique de la « *réanimation* ». Ce volume résumait les beaux travaux de l'auteur qui fut, on le sait, le grand organisateur de l'admirable secours aux asphyxiés, du régiment des Sapeurs Pompiers de Paris. Trois ans après, le général Cot nous apporte la preuve du succès de son livre en publiant une 5e édition, entièrement refondue.

On sait, d'autre part, que le général Cot se consacre avec un inlassable dévouement à l'organisation de la défense passive. Son enseignement dont on connaît le succès, l'a amené à condenser dans son nouvel ouvrage tout ce qu'il faut *retenir* des méthodes de secours employées jusqu'ici. Avec son esprit clair, qui va droit au but, le général Cot a élagué systématiquement de son livre tout ce qui est théorie pure. Le livre qu'il nous apporte forme un tout complet. Il n'est pas seulement au courant, mais de plus parfaitement d'accord avec la *notice du* 31 *mars* 1938 dans laquelle le Ministère de la Guerre a donné les directives définitives.

Plus que jamais, tous les médecins doivent lire le livre du général Cot.

F. L. S.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris



BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie

N° 59. — MERCREDI 26 JUILLET 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

Remarques sur les vaccinations associées, par M. le Professeur Hyacinthe VINCENT.

Actualités.

Les plâtres fermés dans les fractures ouvertes par plaie de guerre, par M. P. LANCE.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Académie de Chirurgie.

Congrès.

Congrès de la Diurèse (Vittel) [*suite*], par MM. A. ROUX-DESSARPS et MANDE.

Chronique.

Le Cinquantenaire de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, par M. G. MILIAN.

Pratique Médicale.

Notes pour l'Internat..

Formes clinique des purpuras (suite et fin), par M. G. LE SUEUR.

INFORMATIONS

Pour les médecins auxiliaires mobilisés. — Le Président Daladier vient d'adresser, le 19 juillet, à M. Mordagne, délégué permanent de l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris, une lettre lui faisant connaître qu'à la suite de sa demande, *il vient de décider l'établissement d'une liste supplémentaire d'aptitude au grade de médecin sous-lieutenant de réserve. Cette liste sera réservée uniquement aux médecins auxiliaires de réserve rappelés ou maintenus temporairement sous les drapeaux*, depuis mars 1939, réunissant, à la date du 1er juillet 1939, les conditions de scolarité exigées.

Hôpitaux de Nîmes. — Un concours pour trois places d'internes en médecine et en chirurgie s'ouvrira le 6 décembre 1939. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 20 novembre 1939 inclus, 17 heures, dernier délai.

Renseignements et inscriptions au Secrétariat des hospices, 5, rue Hoche, à Nîmes (Gard).

Faculté de Médecine de Paris. — *Travaux pratiques de chimie.* — Une série supplémentaire de travaux pratiques de chimie, aura lieu à dater du jeudi 5 octobre 1939.

A cette série pourront s'inscrire : 1° les étudiants dont les travaux pratiques n'ont pas été validés pour une raison quelconque (1re et 2e années) ; 2° dans la limite des places disponibles, les étudiants qui voudraient compléter leurs connaissances pratiques en chimie biologique et pathologique avant la session d'examens de fin d'année.

Droits d'inscription : 150 francs. S'inscrire au Secrétariat (guichet 4), les lundi, mercredi, vendredi, de 14 heures à 16 heures.

Inspecteurs départementaux d'hygiène. — M. le docteur AMEUR a été nommé directeur du bureau d'hygiène de Saint-Brieuc.

Manufacture des tabacs de Morlaix. — M. le docteur COUTURIER a été nommé médecin titulaire de la Manufacture de tabacs de Morlaix (*J. Off.*, 18 juillet 1939).

CHRONIQUE

LE CINQUANTENAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

La Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie a fêté le jeudi 22 juin son cinquantième anniversaire. Les différentes sociétés de province étaient représentées, aussi pouvait-on voir, sur l'estrade et dans la salle, le professeur Spillmann, de Nancy ; le professeur Pautrier, de Strasbourg ; le professeur Gaté, de Lyon. Des villes étrangères étaient venus le professeur Nekam, de Budapest ; Halkin, de Liége ; Dekeyser, de Bruxelles.

La séance du matin a été consacrée à l'étude d'une question de thérapeutique arsenicale, à savoir *le rôle du sympathique dans les accidents de la chimiothérapie arsenicale*. Ce thème était celui qu'avait proposé la Société de Dermatologie pour sa séance annuelle consacrée alternativement chaque année à l'étude d'une question de dermatologie ou de syphiligraphie. MM. Tzanck, d'une part, Rivalier, d'autre part, étaient rapporteurs de la question. Plusieurs personnes prirent la parole ensuite pour la discussion : MM. Milian, Jausion, Gaté, Lefèvre, Watrin, Gastinel.

Il ressort de tout évidence, de ces diverses communications et rapports, que les troubles toxiques d'arsénobenzol, ainsi que je l'indique depuis plusieurs années, sont dus, non pas à un trouble humoral, mais à des altérations diverses du système endocrino-sympathique qui créent la méiopragie de ce système ou d'une de ses parties, et amènent les accidents dus à l'administration de ce médicament arsénobenzolé qui est surtout un poison électif du système endocrino-sympathique, tandis que les autres arsenicaux sont ou bien un poison des nerfs de la vie de relation, moteurs ou sensitifs lorsqu'il s'agit d'un arsenic en combinaison avec l'oxygène, ou bien des nerfs sensoriels auditifs ou optiques, lorsqu'il s'agit d'un arsenical aromatique comme l'atoxyl.

Les faits expérimentaux de Gastinel, Reilly et Rivalier confirment, d'une manière absolue, ce que la clinique nous avait toujours paru démontrer d'une manière claire.

Après cette rapide discussion du rapport, le Dr Pignot, le nouveau conservateur du musée de l'hôpital Saint-Louis, organisa une promenade-conférence dans l'hôpital, dont les assistants purent ainsi admirer les beautés et souvenirs architecturaux.

A 1 heure, un déjeuner réunissait à l'hôpital la plupart des membres de cette journée du cinquantenaire. Le déjeuner devait avoir lieu en plein air, devant le pavillon Gabriel, à l'endroit même où Alibert donnait son enseignement. Mais le mauvais temps empêcha la réalisation de ce projet, et le banquet fut dressé dans la grande salle d'attente des consultants du matin, dont la vanille et les fleurs surmontaient l'odeur habituellement concentrée.

Ce déjeuner servi par la maison Potel et Chabot fut fort bien servi et mérite des éloges aux organisateurs de ces réunions toujours difficiles à réussir parfaitement.

La sobriété des convives, malgré l'abondance du repas et l'excellence des vins, leur permit d'être à l'heure exacte, soit 15 heures, à la séance commémorative.

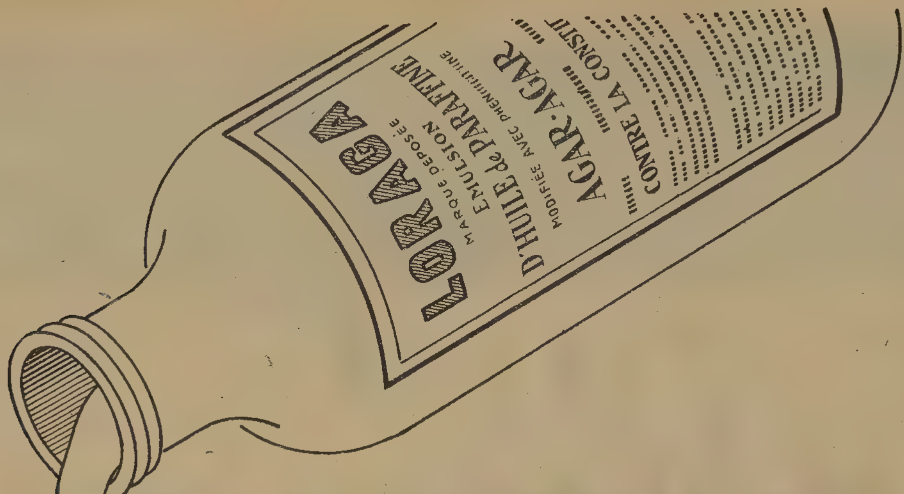
Celle-ci était présidée par le professeur Marfan, unique survivant parmi les membres fondateurs de la société, et qui, dans un discours plein de charme, nous retraça la vie de l'hôpital Saint-Louis à l'époque de la fondation, en la personne des Besnier, des Vidal, des Fournier, etc., et même du chirurgien Péan qui, célèbre entre tous à l'époque, avait osé le premier opérer des kystes de l'ovaire, « ouvrir le ventre » en un mot, grâce à son habileté prodigieuse et malgré son ignorance obligée de l'asepsie, puisque celle-ci n'était pas encore née. Il opérait en redingote et cravate blanche, avec une serviette nouée autour du cou, non pas par propreté chirurgicale, mais pour protéger le jabot de sa chemise contre les éclaboussures de sang ou de pus.

Vint ensuite le discours du président de la Société, le Dr Touraine, qui, dans un discours assez humoristique, nous retraça la vie évolutive de la société, en même temps que la naissance de ses diverses filles de province, les filiales de Nancy, de Lyon et de Strasbourg. Le professeur Spillmann, de Nancy, parla ensuite des sentiments respectueux des filles de la société pour la société mère. Le professeur Nekam, de Budapest, parla au nom des membres étrangers en exprimant tous les sentiments de gratitude qu'il avait pour la France, où il avait puisé une grande partie de ses connaissances dermatologiques.

Le Dr Dekeyser, de Bruxelles, aimable comme toujours, et bien que non inscrit au programme, apporta à la Société parisienne le salut de la Société Belge de Dermatologique ; et, enfin, la séance se termina par un discours plein d'intérêt de M. Hueldo, président d'honneur de la Société, qui rappela de nombreux souvenirs et anecdotes au sujet des réunions de la société, et particulièrement les discussions, parfois un peu vinaigrées, qui émaillaient les séances dermatologiques qui, depuis toujours, se tenaient dans une annexe de la bibliothèque du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Bref, ce cinquantenaire, bien qu'il n'ait pas réuni un nombre considérable de personnes, eut un très grand succès, et, outre l'étude de la question scientifique du matin, a permis la mise au point que beaucoup d'entre nous ignoraient, de l'histoire de cette société qui est une des plus vivantes parmi les sociétés médicales de Paris.

G. MILIAN.


LORAGA
EMULSION
D'HUILE de PARAFFINE
AGAR-AGAR
CONTRE LA CONSTIP

REMARQUES SUR LES VACCINATIONS ASSOCIÉES

Par M. Hyacinthe Vincent
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine

Peut-on immuniser simultanément l'homme ou l'animal contre plusieurs maladies infectieuses ? Cette vaccination multiple est-elle efficace ? Pareille question s'est posée, depuis longtemps, à mon attention. Un article publié récemment (1) me donne l'occasion de la rappeler. Peut être est-il de quelque intérêt de signaler quelles raisons fondamentales m'ont conduit à instituer et à appliquer, dans un but de vaccination, l'emploi d'antigènes associés, bien avant que les autres auteurs, en particulier ceux qui sont mentionnés par mon érudit collègue, M. L. Babonneix, aient mis en œuvre le même principe.

En 1892, à l'occasion de recherches cliniques et expérimentales sur l'infection mixte par le bacille typhique et le streptocoque (2), j'ai constaté que les lapins et les cobayes ayant survécu à cette double inoculation étaient, dès lors, vaccinés non seulement contre le bacille typhique (ce qu'il était aisé de prévoir), mais encore contre le streptocoque très virulent.

Or, ce dernier microbe est très peu antigène. Lorsqu'il a envahi le sang et les viscères, non seulement il demeure indifférent à la leucocytose défensive, mais encore il suscite difficilement la sécrétion d'anticorps spécifiques et telles sont les raisons qui confèrent à la septicémie humaine son caractère de haute gravité.

Si l'on introduit séparément, sous la peau des oreilles de deux lapins normaux, de petits tubes capillaires de verres, de 2 centimètres de longueur, environ, et fermés à leur bout libre, après les avoir emplis, les uns de bacille typhique, les autres de streptocoque d'origine septicémique, on constate que ces tubes sont envahis, après dix-huit à vingt-quatre heures, par une grande abondance de leucocytes ayant englobé l'un ou l'autre de ces microbes.

Par contre, si on fait la même épreuve avec le mélange bacille typhique + streptocoque, la leucocytose est très faible, presque nulle, l'association strepto-typhoïdique ayant un caractère d'agressivité et un pouvoir chimiotaxique négatif bien prononcés.

Reprenons la dernière expérience chez les rares lapins ayant survécu à la suite de l'infection mixte par le streptocoque et le bacille typhique, nous constatons que les tubes sont remplis, lorsqu'on les retire, par des leucocytes immigrés en proportion considérable. La défense cellulaire est donc très accusée et se manifeste parallèlement avec l'immunisation active succédant à l'infection *double* par le streptocoque et le bacille typhique. Or, cette infection double est habituellement mortelle chez les animaux non vaccinés.

Ces résultats n'avaient pas laissé de me frapper. C'est pourquoi, lorsque j'ai commencé à étudier, en 1907, la vaccination triple contre le bacille typhique et les bacilles paratyphiques A et B, j'ai préalablement expérimenté les effets respectifs de l'action vaccinante isolée et de l'action vaccinante associée, exercés par les trois virus.

Il a été observé ce fait fondamental que non seulement la vaccination associée par le bacille typhique et par les bacilles paratyphiques A et B confère l'immunité contre chacun d'entre eux, *mais encore, qu'elle réalise à leur endroit une immunité plus forte que ne le produit la vaccination isolée par l'un ou par l'autre de ces agents.*

La différence est grande lorsqu'on vérifie ultérieurement le degré d'immunité de ces différents animaux à l'aide de la méthode d'inoculation que j'ai fait connaître (3). Les cobayes plurivaccinés offrent, au contrôle d'inoculation, un pourcentage de mortalité beaucoup plus faible que les animaux univaccinés, soumis à leur virus vivant correspondant. La vaccination associée renforce ou amplifie le potentiel d'immunité unibactérienne ou totale.

Dès lors, j'ai mis en pratique, bien longtemps avant que le même principe ait été étendu à d'autres vaccins, la vaccination contre trois virus : bacille typhique, bacille paratyphique A, bacille paratyphique B, à l'aide d'un vaccin mixte que j'ai appelé T. A. B., dénomination qui lui est restée.

***

Bien que ces notions fondamentales soient aujourd'hui fort anciennes, puisque le vaccin T. A. B., préparé suivant une méthode entièrement nouvelle, a été utilisé depuis 1909-1910, et que son emploi se soit ensuite répandu avec une extrême rapidité en France, aux colonies et à l'étranger, elles semblent avoir été oubliées. L'article récent de M. L. Babonneix et ceux d'autres auteurs (4) me paraissent justifier cette crainte.

J'ai donc le devoir de rappeler qu'après m'être inoculé à moi-même ce vaccin associé, j'ai immunisé ensuite, en 1910, 17 médecins ou étudiants (5). Ce vaccin était « *polyvalent, préventif à la fois contre la fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes* » (6).

Ce même vaccin associé a, dès lors, été officiellement mis en œuvre au Maroc, en 1911, où il a protégé entièrement tous les vaccinés dans un milieu très gravement infecté (7). Trois ans plus tard, ses effets protecteurs se maintenaient intégralement contre les trois infections.

Le même principe et la même méthode ont continué à être appliqués, avec le même vaccin triple, en Algérie et en Tunisie (8), au Maroc (9), en France et dans les colonies françaises, en Belgique (10), en Grèce, en Italie (11), en Serbie, en Bulgarie, en Roumanie, en Turquie, en Syrie, au Congo belge, en Colombie, en Espagne, en Lybie, en République Argentine, etc.

La violente épidémie d'Avignon, en 1912, a été arrêtée à l'aide du même vaccin T. A. B (12), etc., etc.

Ce serait abuser de l'indulgence du lecteur que d'apporter d'autres preuves de ces vaccinations associées effectuées avant 1914. Il me serait facile d'en fournir d'autres extrêmement nombreuses (13). Celles-ci suffiront sans doute. Ces vaccinations ont été pratiquées, du reste, chez plus de 12 millions de sujets, hommes, femmes et enfants, avant la guerre aussi bien que pendant et après celle-ci.

Ce qui précède n'apporte point la seule démonstration du rôle et de l'importance des vaccinations associées qui ont été ainsi instituées autrefois dans mon laboratoire. Pendant la dernière guerre, je me suis également préoccupé, en 1916-1917, de préparer un sérum antigangréneux *multivalent*, actif contre les divers anaérobies qui commandent les infections gangréneuses.

Des expériences préliminaires faites par moi-même, puis avec le concours de G. Stodel, et fondées sur le principe ci-dessus des vaccinations associées, ont été faites, qui ont démontré les effets immunisants renforcés, chez le cobaye et chez le cheval, à la suite de l'inoculation simultanée de plusieurs virus gangréneux distincts.

Sept antigènes gangréneux différents, comprenant eux-mêmes, au total, vingt et une races anaérobies, ont été associés, à cet effet, dans la pratique des injections vaccinantes opérées chez les chevaux : *B. perfringens*, vibrion septique; *B. œdématiens*, *B. histologicus*, *B. fallax*, plus deux anaérobies adjuvants : *B. sporogenes*, *B. putrificus Coli*.

Cette méthode de préparation d'un sérum plurivalent antigangréneux a donné les résultats les plus décisifs.

Il s'agit donc, là encore, d'un principe général et d'applications pratiques qui ont été publiés depuis longtemps et qui ont devancé toutes les autres recherches du même ordre. Pourquoi méconnaître les travaux de ceux qui ont fait œuvre d'initiative, non sans avoir rencontré, à leur début, de dures résistances qui s'opposaient, en particulier, à l'application de la vaccination antitypho-paratyphique ? C'est décourager les chercheurs du passé que d'oublier jusqu'à leurs noms. C'est peut-être, aussi, un exemple peu encourageant pour les chercheurs de l'avenir. La vérité est une forme de la justice.

BIBLIOGRAPHIE

(1) M. L. Babonneix. — Les vaccinations associées. *Gaz. des Hôpitaux* 1939, n° 49, 21 juin, p. 858.

(2) M. H. Vincent. — *Soc. Médic. des Hôpitaux*, 13 nov. 1891. — Id. — Soc. de Biologie, 2 juillet 1892. — Id., *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 février 1893.

(3) H. Vincent, *Acad. des Sciences*, 7 février 1910. — Id. *Acad. de Médec.*, 21 février 1911. — Id. *Revue gén. des Sciences*, 30 mars 1913. — Id. *Soc. de Biol.*, 25 avr. 1913, etc. etc... On injecte aux cobayes une solution hypertonique de NaCl en même temps (mais en un autre point) que les bacilles typhiques ou paratyphiques. Cette méthode a pour effet d'affaiblir notablement la résistance des animaux à l'égard de ces agents pathogènes et rend ainsi plus rigoureuse l'appréciation de leur degré d'immunité — par conséquent de la valeur des vaccins.

(4) G. Ramon. — Les vaccinations associées. *Annales de Médecine*, t. 42, n° 3, 1937, p. 1.

(5) H. Vincent. — *Académie de Médecine*, t. 63, 21 juin 1910, p. 619. — *Id. ibid.*, t. 65, 14 janv. 1911, p. 66.

(6) H. Vincent. — *Société de Biologie* 1911, t. 31, n° 11, 29 juillet, p. 269. — *Id. La Presse Médicale*, 1911, n° 95, 20 nov.

(7) H. Vincent. — *Académie de Médecine*, 1911, t. 66, 5 décembre, p. 266.

(8) H. Vincent. — *Académie de Médecine*, t. 17, 14 mai 1912, p. 372.

(9) H. Vincent. — *Loc. cit.*

(10) H. Vincent. — *Bull. Acad. de Méd. de Belgique*, mars 1914.

(11) Santoliquido. — *Rapp. officiel au Comité de l'Office intern. d'Hygiène*, Rome, 1914.

(12) H. Vincent. — *XVIIe Congrès international de Médecine*, Londres, 5 août 1913.

(13) H. Vincent. — Sur la vaccination mixte, antitypho-paratyphique. Résultats de son emploi de 1910 à 1914. *Académie de Médecine*, 28 janv. 1930, t. CIII, n° 4.

Les plâtres fermés dans les fractures ouvertes par plaie de guerre

Par P. Lance

Différentes communications aux Sociétés de Chirurgie de Toulouse (1), Marseille (2), Lyon (3) et tout récemment à l'Académie de Chirurgie (4), viennent d'attirer l'attention sur cette méthode utilisée couramment et parfois systématiquement au cours de la guerre d'Espagne. L'afflux des blessés, dans différents centres hospitaliers, ont permis à de nombreux chirurgiens français d'apprécier et d'étudier la valeur, les résultats d'une méthode qui bouleverse quelque peu les principes admis en France depuis 1918. Elle mérite, croyons-nous, de ne pas être rejetée à priori, car elle soulève d'intéressants problèmes concernant la pratique générale du traitement des fractures ouvertes d'une part, et de l'autre, elle peut rendre service dans les éventualités de la chirurgie de guerre analogues à celles qui en ont suscité l'utilisation, à savoir : gros afflux de blessés, difficultés et longueur des évacuations, pénurie de pansements et parfois de personnel médical entraîné.

— Les principes de la méthode sont essentiellement au nombre de deux (d'Harcourt et Pruneda) (5) :

— Immobilisation stricte et immédiate de la fracture réduite aussi correctement que possible.

— Mise à l'abri des plaies des parties molles adjacentes qui ne seront traitées que par des pansements rares.

Du point de vue théorique, de tels principes sont excellents et, d'ailleurs, connus depuis fort longtemps, puisqu'Ollier en préconisait l'emploi dès 1872, et particulièrement dans la chirurgie d'armée.

Il n'est pas besoin d'insister pour rappeler les bienfaits d'une immobilisation rigoureuse et précoce de tout foyer de fracture ; « c'est le meilleur des antiphlogistiques » (Alquier et Tanton) ; les phénomènes douloureux disparaissent presque immédiatement. Mais de plus, dès qu'il existe une infection légère, Wright a établi que l'organisme en venait facilement à bout par ses propres moyens, lors que les tissus contus étaient strictement immobilisés.

Par ailleurs, Bohler estime que le milieu où se fait la consolidation d'une fracture, pour être parfaitement adéquat, doit comporter humidité et chaleur. Sous la croûte plâtrée, la zone blessée reste baignée dans ses propres liquides organiques, exsudat riche en tréphones qui excitent les granulations du tissu de cicatrice, et par la production d'isolysines, favorisent la réparation elle-même.

Il est un dernier point, enfin, qui répond plus précisément aux conditions de la chirurgie de guerre ; le plâtre circulaire est supérieur aux plâtres à anses (utilisés couramment pendant la guerre 1914-1918), en ce qu'il met le pansement à l'abri de toutes les souillures extérieures. En cas d'évacuation, de transport à longue distance, cet avantage n'est pas à dédaigner.

Telles sont les bases théoriques de la méthode. Avant

(1) R. Dieulafé et A. Baudet. *Soc. de Chirurgie de Toulouse*, séance du 24 février 1939.

(2) Bouillon, Grisoli, Gaujoux et Dalmas. *Bull. et Mémoires Soc. de Chirurgie de Marseille*, avril 1939 (Rapport de M. Arnaud).

(3) Ricard, Francillon, Deplante et Mathevon. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 28 mars 1939 (Discussion : Peycelon, Creyssel, etc.).

(4) Arnaud, Pervès, Caire, Morvan. *Académie de Chirurgie*, séance du 31 mai 1939.

(5) D'Harcourt et Pruneda. *Revue d'Orthopédie*, T. 24, n° 5, septembre 1937, p. 503.

d'envisager les critiques qu'on peut lui adresser, nous indiquerons sommairement ses conditions d'application. Schématiquement, elles se ramènent aux deux éventualités suivantes (Dieulafé et Baudet) :

— Tantôt, il s'agit d'une fracture ouverte par balle de petit calibre, avec un minimum de lésions musculaires ; la plupart de ces cas, ont été traités par pansements sur les orifices d'entrée et de sortie, suivis immédiatement de la réduction et de la confection d'un plâtre circulaire.

— Tantôt la fracture, largement ouverte, comporte un vaste délabrement musculo-cutané. Dans ces conditions, on procède à un épluchage minutieux des parties molles ; on évite de toucher à l'os dont on respectera jusqu'à la moindre esquille. Un pansement occlusif est alors appliqué et complété par un appareil plâtré circulaire. Celui-ci est maintenu si possible jusqu'à consolidation, ou tout au moins pendant 4 ou 5 semaines.

En pratique, comme l'ont souligné différents chirurgiens (Arnaud, Bouillon, etc.), il semble que dans bien des cas, faute de temps ou de personnel, la partie chirurgicale ait été réduite au minimum ; des éclats d'obus, des débris vestimentaires ont été retrouvés sous le pansement lors de l'ablation du plâtre.

Les enseignements classiques nous apprennent qu'une telle méthode est passible de deux critiques essentielles :

1° La fermeture d'une plaie incomplètement désinfectée expose à des dangers immédiats et plus spécialement à la gangrène gazeuse ;

2° Le caractère circulaire du plâtre interdit une surveillance complète de l'évolution des lésions, d'où possibilité de suppurations profondes ou de fusées purulentes, de déplacements secondaires, etc.

D'après les blessés qui ont été hospitalisés en France (parfois tardivement d'ailleurs) un premier fait s'avère indéniable ; les cas de gangrène gazeuse ont été exceptionnels (Arnaud, Peycelon).

Ce premier point, quelque peu paradoxal, est toutefois explicable dans une certaine mesure (même tenu compte du fait important que la plupart des blessés n'ont été vus qu'à partir du 6e, 8e jour) ; il ne semble pas qu'on puisse assimiler complètement un plâtre circulaire et une suture primitive de la plaie ; le premier n'est jamais hermétique et laisse filtrer un peu d'air et les exsudats de la plaie.

En ce qui concerne les accidents secondaires, il semble bien que les constatations furent moins heureuses ; Peycelon souligne la fréquence des fusées purulentes, des arthrites suppurées à distance, des escarres au point de pression.

Fait remarquable, ces suppurations ne s'accompagnaient ni d'oscillations thermiques, ni d'accidents œdémateux, douloureux ou lymphangitiques. Seul un examen extrêmement minutieux des blessés a permis de les déceler avant l'exérèse du plâtre.

Dans l'ensemble, cependant, on eut « peu de surprises désagréables » (Arnaud) ; les plaies étaient bourgeonnantes rouges ; quelques-unes se cicatrisèrent rapidement après exposition à l'air.

En ce qui concerne les lésions osseuses, les résultats furent franchement médiocres ; la moitié des blessés qui avaient été correctement opérés au moment de leur blessure ont consolidé dans des délais sensiblements normaux et avec un résultat bon ou suffisant.

Mais l'autre moitié présentait des lésions multiples : gros cals douloureux, polyfistulisés avec d'énormes séquestres en pleine suppuration ; cals volumineux en virole externe avec perforation ou tunnels centraux (d'Harcourt et Pruneda) ; enfin, retards considérables dans la consolidation.

Tous les auteurs (Dieulafé et Baudet, Arnaud, Ricard, Bouillon, etc.), sont d'accord pour reconnaître que les résultats les meilleurs furent observés au niveau des fractures du membre supérieur (avant-bras et 1/3 inférieur de l'humérus) ; les résultats les plus mauvais concernent tous le fémur : déplacements secondaire constants entraînant des cals vicieux, lésions ostéitiques massives.

Ces résultats confinent au désastre lorsqu'il y avait eu plaies articulaires ; toutes ont nécessité des interventions secondaires (amputations, arthrotomies, résections).

Il est impossible et d'ailleurs bien théorique de traduire en pourcentage rigoureux le bilan d'une telle méthode ; les conditions dans lesquelles ont été faites les constatations des chirurgiens français réunissent trop d'inconnues : variabilité de l'arrivée du blessé au centre hospitalier (entre le 10e jour et le 3e mois) ; impossibilité d'avoir des renseignements précis sur le traitement immédiat, etc.

Cependant on peut, croyons-nous, en dégager quelque enseignement concernant la thérapeutique des fractures ouvertes en général, les possibilités de traitement et d'évacuation des fractures de guerre en particulier.

Sur le premier point la méthode du plâtre occlusif immédiat, nous rappelle l'importance fondamentale de l'immobilisation rigoureuse. Or, c'est un fait que l'on a quelque peu tendance à oublier en présence d'une fracture ouverte ; l'infection, la menace de ses conséquences, passent au premier plan du traitement. Nous nous garderons de vouloir en minimiser l'importance et les récentes discussions à l'Académie de Chirurgie sur les dangers de la suture primitive « mal faite » sont là pour nous la rappeler. Néanmoins, il n'est pas douteux qu'une immobilisation insuffisante des fragments dès le début, favorise l'absorption médullaire des produits septiques, prolonge les phénomènes douloureux, les réactions périfocales, etc.

Il serait cependant imprudent de vouloir passer d'un extrême à l'autre et d'admettre avec d'Harcourt, Folch et Oriol que la cure occlusive doit être systématique toutes les fois que le parage de la plaie a pu avoir lieu avant les six premières heures (sauf en cas de lésions vasculaires graves).

L'indication de la cure tardive est moins dangereuse et plus rationnelle.

Lorsqu'on se trouve secondairement en présence d'une fracture infectée suppurente où toute fermeture est impossible ou périlleuse, l'utilisation de l'appareil plâtré avec pansement rare peut constituer une ressource précieuse ; on peut ainsi tenter de « refroidir » l'infection, plus vite peut-être que par tout autre procédé et ceci avec le maximum de sécurité pour le foyer de fracture.

En pratique de guerre, les principes thérapeutiques demeurent identiques à ceux de la pratique civile ; mais les conditions dans lesquelles on se trouve peuvent apporter quelque perturbation à leur exécution.

On conçoit, en effet, des circonstances critiques telles que, soit par pénurie de matériel ou de personnel soignant, soit par contingences tactiques, on se trouve dans l'obligation absolue de procéder à des évacuations immédiates, massives et lointaines. La méthode d'occlusion plâtrée comporte alors des avantages nets sur les méthodes idéales que représentent la suture primitive, les appareils à extension continue exigeant toutes deux une diligence quotidienne et attentive.

Elle permet d'éviter le pire au prix de quelques inconvénients secondaires ; à ce titre, elle mérite, sans aucun doute, d'être retenue, à condition toutefois que le temps capital, à savoir un épluchage minutieux et complet des lésions, ait été exécuté.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 10 juillet. — MM. Harvier, Lemierre, Lœper, Turpin. — Mlle Faure. Rôle de la papavérine associée à l'acétycholine dans les syndromes vasculaires. — M. Hervo. Les réactions articulaires au cours des infections rectocoliques subaiguës et chroniques. — M. Senneachérif. Considérations sur le problème de la chimiothérapie sulfamidée dans le traitement des septicémies à streptocoques hémolytiques. — M. Cabarello y Monteagudo. Les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel et spontané chez les tuberculeux. Etude anatomopathologique. — M. Herskovits. Recherches sur l'action physiologique, les propriétés pharmaco-dynamiques et l'emploi thérapeutique du blumea balsamifera D. C. — Mlle Vishnevsky. Contribution à l'étude d'une forme nouvelle de rhumatisme chronique : le rhumatisme chronique déformant xanthomateux.

Mardi 11 juillet. — Jury : MM. Cuneo, Lemaitre, Terrien, Halphen. — M. Guillaume. Réactions gastroduodénales dans l'appendicite chronique et la dysergie iléocœcale. — M. Grenier. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des communications bucco-nasales et bucco-sinusales acquises. — M. Erlich. Contribution à l'étude des paradentoses. — M. Fekete. Les cholesteatomes atypiques et primaires de l'oreille. — M. Vigneau. Néoformations osseuses bénignes du sinus maxillaire et sinusite chronique. — M. Fridman. Contribution à l'étude de la valeur et des indications de l'extraction totale de la cataracte.

Jury : MM. Balthazard, Lereboullet, Tanon, Duvoir. — M. Dounet. Aspects radiologiques des lésions pulmonaires de la lymphogranulomatose maligne. — M. Daniel. Les essais de vitaminothérapie préventive dans la poliomyélite aiguë expérimentale. — M. Médioni. Dyspnée et crises asthmatiformes chez les scléreux pulmonaires et emphysémateux. — M. Orgogozo. Essai sur deux réalisations prophylactiques dans la lutte contre la lèpre. — M. Jouan. Etude hygiénique sur les conserves alimentaires. — Mlle Guimpel-Levitzky. Etude sur les maladies professionnelles des opérateurs projectionnistes de cinéma.

Jury : MM. Lenormant, Mocquot, Brocq, Vaudescal. — M. de Kermabon. Anévrysmes artériels traumatiques de la main. — M. Wincberg. Contribution au traitement chirurgical du phimosis. — M. Franceschini. Utilisation du lipiodol à 20 % pour l'hystéro-salpingographie manométrique.

Jury : MM. Gougerot, Laignel-Lavastine, Chevallier, Renard. — M. Hamon. Sur un cas de syndrome hypophysaire. Contribution à l'étude de la rœntgenthérapie dans la cécité d'origine infundibulo-tubérienne. — M. Yazdi. Le purpura annulaire télangiectoïde de Majocchi. — Mlle Cogniot. Enquête sur les conceptions de la thérapeutique antisyphilitique à l'étranger. — Mlle Marette. Psychanalyse et pédiatrie. Le complexe de castration. Etude générale. Cas cliniques.

Mercredi 12 juillet. — Jury : MM. Baudouin, Gosset, Mathieu, Leveuf. — Mlle Guerlin. Contribution à l'étude de l'influence de l'insuline sur la glycogenèse et la combustion des sucres. — M. Sarris. Etude radiologique du larynx de face par film intra-pharyngien. — M. Ferron. Le problème de l'ostéotomie dans les luxations congénitales postérieures invétérées de la hanche.

THESES VETERINAIRES

Lundi 10 juillet. — Jury : MM. Lemierre, Lesbouyries, Panisset. — M. Leblanc. Traitement et prévention de la broncho-pneumonie contagieuse des veaux par les néoarsénobenzènes.

Mercredi 12 juillet. — MM. Polonovski, Simonnet, Vuillaume. — M. Camus. La scille et sa toxicité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 19 juin 1939

Une nouvelle fièvre récurrente humaine, découverte dans la région de Babylone (Irak). — M. E. Brumpt.

Présence d'un facteur neutralisant dans la lésion cutanée provoquée par l'inoculation intradermique de virus vaccinal. — MM. Jean Vieuchange et Frederico Galli.

Séance du 26 juin 1939

Sur les relations entre la pression colloïdo-osmotique et le quotient sérum albumine globulines du sérum. — M. Paul Meyer.

Séance du 3 juillet 1939

Le diabète permanent provoqué chez le chien normal par des injections répétées d'extrait antihypophysaire n'est pas accompagné d'une élévation du métabolisme basal. — MM. Louis Hedon et A. Loubatière.

Sur les courants d'action et les théories de l'excitabilité de la fibre nerveuse. — MM. Déchène et J.-A. Reboul.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1939

A propos des corps étrangers du tube digestif. — M. Larget rapporte une observation dans laquelle l'intervention fut indispensable pour aller enlever les corps étrangers dans le cœcum.

A propos des fistules de l'intestin grêle. — M. Mauclaire résume les deux observations qu'il a eues l'occasion d'observer et qui confirment les conclusions du rapport de M. Alglave.

Tumeurs pileuses de l'estomac et de l'iléon. Intervention pour occlusion intestinale. — M. Wilmoth fait un rapport sur cette observation adressée par MM. Loussot et Dosser. L'occlusion était due à une masse pileuse renfermée dans une anse grêle et ce fait paraît exceptionnel.

Sur les endométriomes. — MM. A. Gosset, I. Bertrand et Chevalier ont retrouvé 86 observations opérées à la clinique chirurgicale de la Salpétrière. Présentation de nombreuses coupes. Le diagnostic histologique n'est pas toujours facile avec certains épithéliomas malins ; il repose essentiellement sur l'étude de la conformation des cellules (absence de mitoses, de cellules anarchiques).

Ostéosynthèse de la fracture double verticale du bassin. — M. Tierny a été frappé par les douleurs présentées par certains blessés atteints de fracture double verticale ; il

estime utile de commencer par réduire la fracture au moyen d'un lac passant à travers le trou obturateur ; la réduction est ensuite maintenue au moyen d'une vis fichée dans l'aile iliaque.

Cancer de la partie mobile de la langue. Traitement des adénopathies. 494 cas. — MM. Roux-Berger et Tailhefer. — Il s'agit d'une statistique intégrale de tous les cas traités à l'Institut Curie ; les auteurs ont repris toutes leurs observations et les ont classé d'après le traitement utilisé et d'après le siège. Ce premier travail ne concerne que les cancers de la partie mobile tentés entre 1919 et 1933.

Dans un premier tableau, 185 cas, où l'adénopathie fut traitée par radiothérapie, ont donné 19 % de guérison.

Dans une autre série, 100 cas, dans lesquels l'adénopathie fut traitée par la seule chirurgie, ont donné 38 guérisons (38 %).

La supériorité de l'exérèse chirurgicale paraît donc indiscutable en ce qui concerne les adénopathies.

M. Roux-Berger montre que le point essentiel du débat est le suivant : lorsqu'il n'existe pas d'adénopathie cervicale cliniquement perceptible, faut-il intervenir ou faire de la radiothérapie.

Des constatations qu'il a pu faire, M. Roux-Berger affirme que l'envahissement ganglionnaire existe dans au moins la moitié des cas sans adénopathie perceptible cliniquement. Il faut donc intervenir systématiquement.

M. Roux-Berger revient sur la technique de l'évidement, les indications suivant lesquelles il faut la faire ; quand l'adénopathie est fixé, l'opération est mauvaise ; on risque l'essaimage.

Les auteurs envisagent encore la question des adénopathies croisées, des récidives après radiumpuncture.

La chirurgie apparaît donc comme le meilleur moyen thérapeutique vis-à-vis des adénopathies cancéreuses.

Séance du 14 juin 1939

A propos des dangers de la suture primitive dans les traumatismes ouverts du temps de paix. — Rapport de M. Okinczyc sur un travail de M. Vassitch ; l'expérience de l'auteur porte sur près de 20.000 plaies ouvertes ; la suture primitive fut effectuée dans 29 % des cas, mais l'auteur remarque qu'un bon nombre de ces plaies ne furent pas suivies au delà du quatrième jour ; cependant aucun incident immédiat ne fut observé.

M. Vassitch précise les indications opératoires suivant que l'on se trouve en présence d'une plaie des parties molles et des plaies avec lésions associées ; en cas de plaies articulaires, l'auteur est un ferme partisan de la suture primitive, même lorsque l'état des parties molles ne permet pas de songer à les fermer immédiatement.

A propos de 20 cas de tumeurs de la région parotidienne. — M. Truffert a depuis huit ans opéré 21 malades pour tumeur parotidienne ; 18 cas ont pu être retrouvés ; 16 sont vivants ; 10 énucléations intra-parotidiennes ont donné 10 guérisons définitives sans troubles dans le territoire du facial (7 tumeurs mixtes, 1 tumeur mixte avec dégénérescence myxomateuse, 1 neurinome, 1 épithélioma intra-parotidien.

M. Truffert a fait 2 parotidectomies totales d'emblée pour 2 épithéliomas.

Enfin, dans 4 cas, il est réintervenu chez des malades opérés antérieurement par d'autres chirurgiens (récidives de tumeur mixte).

M. Truffert précise la technique d'énucléation qu'il ne faut pas faire à la curette, mais en passant plus au large de la limite véritable de la tumeur parotidienne.

En cas de tumeur maligne, la parotidectomie pour être totale doit comporter l'exérèse de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe et des quelques lobules glandulaire qui y adhèrent (Sébileau).

Quelques réflexions à propos de 67 cas de tumeur parotidienne. — M. Hartmann a revu sur 40 cas de tumeurs mixtes opérées par énucléation, 32 cas sans aucune récidive ; 8 malades ont présenté une récidive ; 3 opérés à nouveau sont restés guéris.

Les 19 autres malades retrouvés par M. Hartmann étaient atteints d'épithélioma parotidien qui a été traité par parotidectomie et radiothéraphie.

M. Hartmann tire les conclusions suivantes de ses constatations : 1° l'énucléation ne donne pas de récidive, à condition qu'elle soit bien faite ; 2° certaines tumeurs dite mixtes sont en réalité des épithéliomas et ce sont celles qui donnent des récidives rapides après l'intervention. Quelques caractères permettraient de les soupçonner : apparition de la tumeur à un âge assez avancé (45 ans) ; augmentation de volume plus rapide en l'espace de quelques mois ; les troubles fonctionnels seraient plus marqués.

Un cas de plastie iléale après résection recto-sigmoïdienne. — M. Picot a eu l'occasion de faire cette intervention chez une femme qui présentait un anus iliaque à la suite d'une perforation de sigmoïdite diverticulaire. Intervention suivant la technique classique (bien qu'en raison des adhérences et d'une double annexite on dut commencer par une hystérectomie totale).

Cure de l'anus iliaque au moyen de l'entérotomie, puis fermeture de l'anus latéral.

L'examen radiographique ultérieur montra la perméabilité satisfaisante du segment greffé.

M. Picot estime que l'iléo-coloplastie est facile si l'on se donne la peine de bien mobiliser le côlon gauche.

M. Quenu donne des nouvelles de la malade qu'il a opérée il y a sept ans ; l'état en est excellent.

M. Okynczic a fait deux iléo-coloplasties ; le premier cas est parfaitement guéri ; dans le deuxième cas, il existe quelques troubles en rapport avec un certain degré de sténose.

Volumineux diverticule vésical. — M. L. Michon. Il s'agissait d'un homme de 54 ans présentant une rétention d'urine avec infection. Prostate normale. Seule, la cystographie permet de reconnaître le diverticule dont les dimensions étaient considérables.

Séquelles de poliomyélite infantile. — Présentation de malades. M. Boppe. — Il s'agissait d'un genu recurvatum très considérable traité par relèvement du plateau tibial.

Appareil de contention pour fracture de la clavicule. — M. Redon.

Les tumeurs des articulations des gaines tendineuses et des bourses séreuses, par le Prof. J. Sabrazès et le Dr de Grailly, avec la collaboration de MM. le Prof. J. Montpellier, et le Dr Duboucher (d'Alger). Un volume de 383 pages et 44 illustrations. Prix : 90 fr. (vol. II). Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1937.

La protection contre les gaz de combat (cours de perfectionnement et exercices tactiques sur des questions d'actualité) sous la direction de MM. Tanon et Cot, avec la collaboration de MM. Bruère, Cathala, Genaud, Kohn-Abrest, Moynier, Paitre, Peronnet, Perrier et Sohier. Un vol. in-8 de VIII-284 pages avec 54 fig. Prix : 30 fr. Chez Vigot frères, éditeurs à Paris, 1939.

CONGRÈS DE LA DIURÈSE (1)

Vittel, 27, 28 et 29 mai 1939

Recherches expérimentales sur la diurèse. — MM. Santenoise, Merklen et Vidacovitch. — Chez le chien chloralosé, et alors que l'ingestion d'eau distillée n'est suivie d'aucune modification de la diurèse, l'ingestion d'eau de Vittel-Hépar (et, à un moindre degré, d'eau de Vittel-Grande Source) est suivie : *a*) au bout de quinze à trente minutes, d'une phase de ralentissement du débit urinaire ; *b*) au bout de trois quarts d'heure à une heure et demie, d'une phase d'augmentation progressive dudit débit, qui réatteint ainsi le débit initial, puis le dépasse et lui demeure considérablement supérieur jusqu'à la fin de l'expérience.

La coïncidence chronologique de ces deux phases avec celles déjà signalées dans les modifications de l'excitabilité sympathique et parasympathique à la suite d'ingestion d'eau sulfatée calcique, amène à conclure à l'existence d'une corrélation entre les effets diurétiques des eaux de Vittel et le système organo-végétatif.

L'étude comparative systématique des effets de la Grande Source et de la Source Hépar sur le débit urinaire et sur le volume des deux reins — dont l'un garde intactes toutes ses connexions nerveuses, alors que l'autre a été préalablement dépourvu de toute son innervation extrinsèque — fait en outre apparaître des différences décelant que les mécanismes de diurèse des deux sources vittelloises ne sont pas identiques et que notamment la Grande Source s'avère capable d'augmenter la diurèse du rein « énervé » (ce que ne fait qu'exceptionnellement, et toujours très tardivement, la Source Hépar).

Les polyuries. — M. Dalous et J. Fabre. — Pour beaucoup d'entre nous, polyurie et troubles de la fonction rénale sont liés. En réalité, on doit concevoir les faits d'une façon plus complexe. Il n'y a pas toujours relation de cause à effet entre le trouble de la diurèse et l'atteinte rénale. L'étape rénale ne saurait être l'élément essentiel dans le méabolisme de l'eau dont elle ne représente qu'un moment. Une longue série d'actions humorales ou tissulaires la précède. Le rein n'est le plus souvent qu'un agent d'exécution.

Les images rénales des polyuries expérimentales sont identiques quel que soit le protocole ou le corps employé. Elles peuvent être interprétées tout autant comme effet que comme cause. Elles ne s'observent pas dans les grandes polyuries observées en clinique, et l'étude histologique du rein de diabète sucré ne montre aucune image, ou de polyurie actuelle, ou de nécrose, semblable à celles que l'on obtient par la répétition des polyuries provoquées.

Les lésions de l'épithélium rénal (néphrite aiguë, néphrite azotémique sans hypertension, néphrose lipoïdique) ne s'accompagnent pas de polyurie. Les néphropathies qui présentent une augmentation du chiffre de la diurèse sont celles qui s'accompagnent d'hypertension ou d'altérations vasculaires (maladie amyloïde).

Les grandes polyuries s'observent en dehors des maladies du rein : diabète sucré, diabète insipide, hypertension solitaire sans atteinte rénale.

Le mécanisme et la sécrétion normale de l'urine étant imparfaitement connu, celui du facteur rénal des polyuries ne peut l'être davantage, ni mieux. Tout au plus peut-on dire que la part du rein n'est pas prépondérante dans la pathogénie de ce syndrome. Le rôle des facteurs extra-rénaux de la diurèse et des polyuries nous apparaît dans l'état actuel de la science comme primordial.

La diurèse des cardiaques. — MM. Laubry, E.-R. de Vericourt et J.-F. Porge. — Les grands facteurs responsables de la diurèse sont rangés sous trois chefs : circulatoire, c'est-à-dire mécanique ; rénal, c'est-à-dire sécrétoire ; cellulaire, c'est-à-dire en rapport avec les échanges et les métabolismes périphériques.

— 1° L'insuffisance cardiaque a pour conséquences l'insuffisance du débit périphérique, la stagnation capillaire, la gêne dans la circulation de retour.

Il en résulte un ralentissement de la circulation glomérulaire, un ralentissement des échanges dans le système lacunaire et une modification de tout le transit prérénal de l'eau.

L'épreuve de la diurèse provoquée, utilisée suivant la thechnique précisée par Cottet s'est montrée un bon test de la défaillance myocardique même légère.

Alors que l'élimination aqueuse n'est pas modifiée par la présence d'affection valvulaire chronique compensée, il n'en est plus de même lorsqu'apparaît l'insuffisance cardiaque. Les émissions nocturnes se font plus abondantes, l'orthostatisme influe sur le débit urinaire.

La densité garde, cependant, son habituelle élesticité. Lorsque la courbe des densités se montre particulèrement anormale, le pronostic devient extrêmement réservé. Il en est ainsi chez nombre de sujets atteints d'aorto-myocardite, d'hypertension, d'insuffisance ventriculaire gauche. Chez les malades traités, les graphiques de l'épreuve de la diurèse provoquée reflètent l'évolution de l'insuffisance myocardique, ainsi que l'action des tonicardiaques.

— 2° Certaines épreuves fonctionnelles rénales non influencées par l'oligurie sont particulièrement intéressantes chez les cardiaques. Le coefficient de Van Slyke se montre légèrement diminué dans les cardiopathies décompensées, sans qu'on en puisse déduire une lésion rénale. Cette diminution est sous la dépendance de mauvaises conditions circulatoires et disparaît, dans la règle, avec l'amélioration de l'insuffisance cardiaque.

Dans les cardiopathies valvulaires d'origine endocarditique, l'insuffisance cardiaque n'entraîne pas, en général, d'insuffisance fonctionnelle ou lésionnelle du rein. Chez les hypertendus, le coefficient de Van Slyke reste habituellement normal, alors même que la constante d'Ambard se trouve anormalement modifiée.

En dehors des cas où un remaniement artériel généralisé atteint le rein et ses éléments vasculaires, au même titre que les autres vaisseaux, le facteur rénal n'intervient probablement pas pour venir troubler la diurèse des cardiaques.

— 3° Les troubles du chimisme cellulaire et l'influence du foie sur le métabolisme de l'eau sont particulièrement à retenir chez les cardiaques.

On observe chez ces malades des perturbations constantes des fonctions pigmentaire, saline, hydrocarbonée du foie, ainsi que des modifications qualitatives et quantitatives des protéines du plasma sanguin.

Par ailleurs, certaines carences vitaminiques certains déficits endocriniens sont à même de créer tout à la fois l'insuffisance cardiaque et les troubles de la diurèse. Ainsi en est-il dans les béribéri, dans l'insuffisance thyroïdienne.

— 4° L'étude de la diurèse chez le cardiaque est d'un grand secours pour fixer l'hygiène, le régime, la thérapeutique.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 58.

L'action médicamenteuse ne se cantonne plus dans les seuls tonicardiaques, mais vise à atteindre le rein, les tissus, le système nerveux, en adaptant les besoins de l'organisme à la carence du cœur et des vaisseaux.

Variations du débit cardiaque au cours de la diurèse. — MM. Govaerts et Lequime. — Après ingestion d'un litre d'eau, on constate une augmentation considérable du débit cardiaque et un accroissement plus intense encore du débit systolique. Il en résulte que l'absorption de grandes quantités de liquide détermine un accroissement du travail cardiaque dont il y a lieu de tenir compte chez les patients dont le myocarde est déficient.

Les variations observées ne sont pas nécessairement parallèles à la diurèse, puisqu'elles sont plus considérables après ingestion de solution saline (qui n'entraîne qu'une diurèse faible) qu'après ingestion d'eau (qui provoque une diurèse rapide et intense).

Elles ne résultent pas d'une augmentation du métabolisme, puisque la consommation d'oxygène ne varie pas d'une manière appréciable.

Pour expliquer l'augmentation du débit cardiaque, on peut invoquer l'existence d'un certain degré d'hydrémie et celle d'une vaso-dilatation splanchnique ou rénale, mais ces deux facteurs sont peu susceptibles d'être mesurés avec précision chez l'homme, par les méthodes dont on dispose actuellement.

La traversée digestive de l'eau. — M. N. Fiessinger, après avoir rappelé ses constatations antérieures sur l'état tissulaire de la traversée aqueuse, s'attache surtout à la traversée digestive de l'eau. Il montre expérimentalement la rapidité extraordinaire de l'absorption aqueuse ; pour des quantités de 25 à 60 centimètres cubes par kilog. chez le chien, 20 % sont absorbés en 15 minutes, 65 % en 60 minutes et 90 % en 120 minutes. Cette absorption rapide s'accompagne d'une dilution passagère du sang porte. L'auteur étudie chez l'homme les troubles apportés à cette absorption digestive de l'eau en s'aidant comme teste de la salicylémie ou des concentrations galactosuriques fractionnées. Il met en évidence des troubles d'affections aqueuses dans certains ictères graves et dans certaines cirrhoses, en étudie le mode et les caractères par la comparaison avec les traversées sanguines, comme l'ont fait Chiray, Diérycq et G. Albot, et surtout par la comparaison avec les courbes de la traversée sanguine et urinaire après injections intraveineuses de galactose avec ou sans adjonction de phénol sulfone-phtaléine. Le rapporteur insiste sur l'extrême rareté dans les traversées aqueuses du retard venant du facteur absorption intestinale.

La diurèse et les diurétiques. — M. Tiffeneau. — L'action des diurétiques peut s'exercer soit sur le mécanisme même de la diurèse, à savoir filtration glomérulaire, qu'ils augmentent et concentration tubulaire qu'ils diminuent, soit sur les divers facteurs qui sont susceptibles d'influencer ce mécanisme, à savoir pression et débit sanguin au niveau des reins, hydrémie et tension colloïdo-osmotique, système nerveux intra et extrarénal, hormones post-hypophysaire et thyroïdienne.

La filtration glomérulaire est favorisée par les dérivés uriques qui interviennent en augmentant la perméabilité de l'épithélium et le nombre de glomérules. La concentration tubulaire aqueuse est diminuée surtout par les dérivés mercuriels mais sans qu'on ait pu préciser leur influence sur la résorption ou la sécrétion si complexe des cristalloïdes urinaires.

L'influence du débit circulatoire sur la diurèse n'intervient que dans des limites assez larges et c'est principalement en améliorant les conditions circulatoires que les digitaliques peuvent être des diurétiques efficaces. L'hydrémie, c'est-à-dire le passage de l'eau des tissus dans le sang et surtout la teneur de ce dernier en eau dialysable (teneur qui est elle-même d'autant plus grande que la tension colloïdo-osmotique est plus faible) sont toutes deux influencées favorablement par les dérivés puriques et mercuriels. Mais il convient de ne pas négliger ce rôle indispensable ou favorable de certains ions (état antérieur des tissus).

Le système nerveux intra et extrarénal peut intervenir normalement dans la diurèse mais l'action des diurétiques usuels ne semble pas dépendre d'une influence quelconque sur ce système. Il en est de même des hormones post-hypophysaires et thyroïdiennes dont le rôle dans la diurèse est bien établi mais dont l'influence par les diurétiques n'est nullement démontrée.

Diurétiques puriques. — Ces diurétiques, qui comprennent surtout la théobromine et la théophilline, semblent agir à la fois par mobilisation de l'eau des tissus (hydrémie) et par le mécanisme intrarénal comportant surtout l'augmentation de la perméabilité glomérulaire et de l'étendue de la surface filtrante par accroissement du nombre des glomérules actifs.

Diurétiques mercuriels. — Ces diurétiqes, qui comprennent en dehors du salirgan et du neptal un nouveau dérivé le novurite comportent, d'une part une action extrarénale par augmentation de l'hydrémie et de la teneur en eau ultra-filtrable, d'une part une action intrarénale résidant surtout dans une diminution de la résorption tubulaire. Des associations de ces diurétiques avec diverses autres substances favorisent parfois considérablement leur action.

Diurétiques digitaliques. — Les nouveaux médicaments de cette série sont surtout la digoxine et la diginalide C. Leur action diurétique est plus intense et plus rapide que celle de la digitaline. A côté de leur action circulatoire qui n'est bien efficace que chez les infiltrés, ces diurétiques posséderaient, en outre, une action inhibitrice sur la résorption tubulaire.

(*A suivre.*)

Association de la Presse Médicale Française.

PRATIQUE MÉDICALE

Du traitement des intoxications barbituriques par les analeptiques à action centrale

par les D[rs] Sciclounoff et Henny, de Genève

Rappelant les travaux déjà publiés par MM. Roch et Sciclounoff sur « Un nouvel analeptique vasculaire, le cycliton, et son action thérapeutique dans les affections aiguës de l'appareil respiratoire » (*Schweiz Med. Wschr.*, 1937, n° 29, p. 667), in « Des analeptiques vasculaires et de leur emploi en clinique » (*Presse Médicale*, 1937, n° 47, p. 875), les auteurs conseillent d'employer le cycliton, qui est un analeptique cardio-vasculaire, dont la marge de toxicité est infiniment étendue et qui peut s'utiliser soit sous forme de comprimés et de solution par voie buccale, soit surtout sous forme injectable par voie sous-cutanée et même endoveineuse avec les meilleurs résultats dans toutes les insuffisances aiguës de l'appareil cardio-respiratoire avec menace de collapsus, dans les intoxications, les accidents de la narcose, etc.

(*Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 73e année, n° 3)

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PURPURAS [1]

Les Purpuras primitifs

Ne peuvent être envisagés que lorsque toutes les investigations cliniques et paracliniques n'ont pu les faire rattacher à une des causes précédemment étudiées.

Etiologie. — Ils sont, en règle générale, des affections de l'adolescence et paraissent frapper plus volontiers le sexe féminin.

On a signalé, comme causes occasionnant plus facilement leur apparition les fatigues, surtout les stations debout prolongées, les écarts de régime ; en fait, rien n'est bien précis sur ce sujet.

En clinique, ils revêtent les aspects les plus variés et toutes les formes de transition peuvent se voir entre les différents types que nous allons envisager.

1° *Le purpura rhumatoïde* (Schonleïn).

Débute par un syndrome infectieux atténué durant 2 ou 3 jours, marqué par des troubles digestifs légers, de la courbature, des mialgies, surtout des *arthralgies*.

Etat : Très vite le diagnostic se précise quand apparaît l'éruption purpurique et vers le 5e jour la maladie est constituée par la triade symptomatique classique.

Purpura : habituellement simplex et — rarement hémorragique — isolé ou accompagné d'érythèmes divers ; habituellement localisé aux membres inférieurs où il prédomine aux abords des articulations, siège des

Arthralgies : Rappelant par leur aspect inflammatoire, avec fluxion œdémateuse parfois, celles d'un R. A. A., mais beaucoup plus fixes. La douleur et le gonflement sont habituellement à maximum péri-articulaire (muscles, tendons, gaines).

Syndrome infectieux général, habituellement, d'ailleurs, modéré, à maximum gastro-intestinal, avec diarrhée et vomissements.

L'évolution du P. rhumatoïde est, dans la règle, très favorable.

1° Elle est courte, dépassant rarement une dizaine de jours, quand on peut obtenir du malade l'immobilité absolue au lit.

2° Sinon, elle *récidive* à chaque tentative de lever, et des poussées identiques peuvent se reproduire pendant plusieurs mois ;

3° Une réserve doit être faite de la possibilité de *complications* qui sont de deux ordres :

a) *Péritonéales :* c'est le paroxysme douloureux abdominal du purpura que l'on ne rencontre guère que chez l'enfant, marqué par l'association de :

Douleurs abdominales aiguës,

Vomissements,

Selles sanglantes surtout ;

réalisant au maximum un syndrome péritonéal typique qui conduit à l'intervention, tant il peut simuler une *invagination aiguë*.

Ce paroxysme abdominal coïncide avec — ou plus souvent *précède* — l'éruption cutanée.

Malgré sa gravité apparente, il est, quasi toujours, d'un pronostic bénin.

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 55-56, 57.

b) *Rénales : néphrites aiguës purpuriques* — heureusement rares — caractérisées essentiellement par *des hématuries* qui se répètent et finissent par persister, d'abord isolées, puis avec albuminurie et cylindrurie.

Le danger de ces néphrites est leur évolution *sourde.*

Leur pronostic est sombre, car elles conduisent inexorablement à l'urémie progressive (gros reins blancs aux lésions diffuses).

2° *Les P. infectieux primitifs.*

Se différencient du précédent par

Un début plus impressionnant, avec céphalée, délire et même convulsions.

Une note infectieuse beaucoup plus franche, avec fièvre élevée, albuminurie, grosse rate parfois.

Une tendance hémorragique beaucoup plus nette :

L'éruption est plus diffuse, faite d'ecchymoses autant que de pétéchies, avec hémorragies viscérales variées qui, par leur siège ou leur abondance, peuvent être cause de mort rapide.

Leur évolution et *leur pronostic* permettent de distinguer :

1° *Une forme suraiguë*, surtout commune au-dessous de 5 ans, rappelant le tableau du purpura fulminans de Hénoch précédemment décrit.

2° *Une forme aiguë*, isolée par Landouzy, sous la dénomination de *typhus angéio-hématique*, qui allie :

Un état typhoïde avec prostration,

Des hémorragies profuses,

Un exanthème purpurique confluent évoluant par poussées rapides et distribué au hasard sur la surface cutanée, dont les éléments peuvent suppurer ou se nécroser.

La mort survient, dans la majorité des cas, après deux ou trois semaines d'évolution. Les rares cas de guérison évoluant sur des mois, après de multiples rechutes, et au prix de *séquelles* (cérébrales et rénales en particulier).

3° *Une forme subaiguë* dont la caractéristique essentielle est la longueur d'évolution s'échelonnant parfois sur une dizaine d'années, avec des poussées survenant irrégulièrement, durant une dizaine de jours, toujours marquées par l'association : syndrome infectieux, arthralgies et pupura hémorragique.

Les travaux modernes se sont efforcés de préciser la nature de ce purpura si particulier : certains auteurs en font la conséquence de dysfonctionnements endocriniens, d'autres y voient une origine anaphylactique, d'autres, enfin, soulèvent l'hypothèse de ses relations avec la tuberculose. La discussion est toujours ouverte, mais de l'observation d'un certain nombre de cas semblant corroborer cette dernière hypothèse, se dégage une règle pratique : ces P. subaigüs primitifs imposent une surveillance prolongée du malade et des règles thérapeutiques qui tiennent compte de la crainte d'une tuberculose ultérieure.

3° *Le purpura ecchymotique* (Werloff) est très anciennement connu. Il se voit presque exclusivement chez les enfants, presque toujours chez les filles, au-dessous de 15 ans.

Le début en est brutal, généralement par une épistaxis abondante et spontanée.

Le lendemain ou le surlendemain apparaît l'éruption ecchymotique à grandes dimensions, atteignant surtout les membres inférieurs : l'enfant paraît « roué de coups » (Marfan).

Il n'y a pas de fièvre. L'état général reste très bon.

La guérison est la règle en dix à quinze jours.

Mais des *rechutes* sont possibles et cette forme de purpura fait la transition avec la forme chronique suivante :

4° *Le purpura chronique.*

Qui a fait l'objet de nombreux travaux modernes.

Il s'agit, généralement, de femmes jeunes qui, dès l'enfance, faisaient extrêmement facilement des hémorragies, du purpura. Cette prédisposition prit une allure chronique, pour évoluer par *poussées successives* déclenchées par une *cause des plus banales* (une légère infection, une intoxication alimentaire par exemple) et toutes caractérisées par l'apparition brutale de taches purpuriques, ou d'ecchymoses avec hémorragies diverses (epitaxis, gingivorragies). *C'est surtout à l'installation des règles* que cette anomalie sanguine devient sérieuse et chaque fois celles-ci sont en même temps trop abondantes, trop prolongées et entre elles trop rapprochées.

Les manifestations sanguines sont des plus nettes lors de ces poussées, mais persistent aussi entre elles : toujours elles se résument en :

— Un prolongement du temps de saignement ;
— Une irrétractilité du caillot ;
— Une anomalie des plaquettes sanguines, soit en qualité, soit en quantité, surtout.

Tous ces faits; que l'on a groupé sous le nom de *dyscrasie chronique endothélio-plasmatique*, ou mieux *d'hémogénie*, se rapprochent des formes viscérales de la prédisposition hémorragique.

Ce fait que, théoriquement, le *temps de coagulation* ne subit pas de modification les différencie du syndrome *hémophilie*, mais cette notion n'a rien d'absolu car toutes formes de transition sont possibles.

Une notion pratique découle de cette étude : tout le pronostic de ces purpuras chroniques réside dans la gravité du symptôme hémorragique, qu'il est capital d'enrayer avant les accidents dramatiques, tels ceux qu'il est donné d'observer lors des accouchements.

Le fait que certains d'entre eux s'accompagnent de *splénomégalie* a pu conduire à faire pratiquer parfois la *splénectomie* avec succès. Sous couvert d'examens sanguins répétés, et dans les cas particulièrement rebelles et graves par la fréquence et l'abondance des hémorragies, les indications de cette exérèse splénique ont pu s'étendre. Mais cette décision ne sera envisagée qu'après échec total du traitement médical simple, où des transfusions sanguines et les injections sériques ont la première place.

Guy Le Sueur.

A B C de la défense passive, suivant les programmes du 6 mai 1939, pour l'enseignement primaire et le 2e degré (enseignement secondaire). Une brochure de 26 pages. Vigot Frères, éditeurs, Paris 1939.

Affections non ulcéreuses du duodénum (duodénites, diverticules, stases mécaniques et fonctionnelles, tumeurs, malformations, physiologie normale et pathologique, thérapeutique, parasites), par I. Pavel et A. Paudesco-Podeano avec une préface de J.-Ch. Roux. Un vol. de 204 pages avec 57 figures. Prix : 50 fr. Chez Masson et Cie, à Paris 1938.

Essais sur la profession médicale et sur quelques règles qu'elle impose, par H. Grenet. Un vol. in-8 de 160 pages. Prix : 20 fr. Chez Vigot frères, à Paris, 1939.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris



N° 60. — SAMEDI 29 JUILLET 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Revue Générale.

Les Porphyries ou Porphyrinopathies. Etude clinique et pathogénique (suite et fin), par MM. les Professeurs H. ROGER, J.-E. PAILLAS, M. SCHACHTER et S. BOURDOURESQUE (de Marseille).

Sociétés Savantes.

Académie de Chirurgie.

Congrès.

VIIIe Congrès Français de Gynécologie (Lille), par M. M. FABRE.

Congrès de la Diurèse (Vittel) [*suite et fin*], par MM. M. ROUX-DESSARPS et MANDE.

Chronique.

Un hommage de Cuba à la mémoire de Carlos S. Finlay, par M. L. BABONNEIX.

Livres nouveaux.

Pratique Médicale.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Un concours pour deux places d'aide d'anatomie* à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira le lundi 9 octobre 1939, à 9 heures, à la salle des concours de l'administration, 2, rue d'Arcole. Inscriptions (administration centrale, bureau du Service de Santé) du 14 au 22 septembre inclus, de 14 heures à 17 heures.

Répartition des internes en pharmacie, 4e, 3e et 2e année : le 28 septembre, à 15 heures ; 1re année : le 29 septembre, à 15 heures, 2, rue d'Arcole.

Répartition pour le 2e semestre des internes en médecine en 1re année effective et des externes en 1er non affectés. Interne de 1 année : 11 octobre à 15 heures. Externes en 1er : 12 octobre, à 15 heures.

Les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

Hôpitaux de Bordeaux. — Après concours, MM. P. Verger et F.-J. Traissac ont été nommés médecins adjoints des hôpitaux.

Hôpitaux de Grenoble. — Des concours s'ouvriront en novembre 1939 pour la nomination d'un médecin suppléant et d'un chirurgien accoucheur suppléant des hôpitaux de Grenoble.

Inscriptions au Secrétariat général des hôpitaux avant le 1er octobre. Conditions : être Français et docteur en médecine.

Hôpitaux de Rouen. — *Un concours pour quatre places d'internes titulaires en médecine et deux places d'internes provisoires* s'ouvrira le 16 novembre 1939. Inscriptions avant le 31 octobre. Renseignements au Secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

Un concours pour quatre places d'internes titulaires en pharmacie et une place d'interne provisoire s'ouvrira le 23 novembre.

Inscriptions avant le 7 novembre. Renseignements au Secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

Un concours pour l'externat des hôpitaux s'ouvrira le 12 octobre 1939. Inscriptions avant le 28 septembre au Secrétariat des hospices, 1, rue de Germont, à Rouen.

Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le 26 octobre 1939. Inscriptions avant le 1er octobre à la Direction, Enclave de l'hospice général de Rouen.

Hôpitaux de Saint-Etienne. — Un concours s'ouvrira à l'hôpital Edouard-Herriot, à Lyon, le lundi 11 décembre 1939, à 8 h. 20, pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Velter, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1939, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Terrien).

M. Lévy-Valensi, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1939, professeur d'histoire de la médecine à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (dernier titulaire : M. Laignel-Lavastine).

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a proposé en première ligne M. le Professeur R. Sigalas pour succéder au Professeur Mandoul dans la chaire de zoologie et parasitologie.

M. le Professeur Mandoul a été proposé pour l'honorariat.

Faculté de Médecine de Lille. — M. Swynghedauw, professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille, est transféré, à compter du 1er octobre 1939, dans la chaire de clinique chirurgicale infantile de cette Faculté (dernier titulaire : M. Vanverts).

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Mazel, agrégé libre, est nommé, à compter du 1er octobre 1939, professeur de médecine légale à la Facultée de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lyon (dernier titulaire : M. Etienne Martin).

Faculté de Médecine de Montpellier. — Par décret en date du 20 juillet 1939, pris sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier est autorisé à accepter le legs fait à cet établissement par M. le Dr Teulon-Valio, et consistant en une collection de chansons de Laborde en quatre volumes et un Rabelais.

Distinctions honorifiques. — Médaille d'honneur du Service de Santé militaire. *Médaille de vermeil :* MM. Gauthier (Val-de-Grâce), Brunel (Etat-Major particulier du Ministre), Bellot (10e région).

Médaille d'argent, MM. Sohier (Val-de-Grâce), Giraud (14e région), Aribat (16e région).

Guerre. — M. le médecin général Rebierre a été placé, à compter du 24 juillet, dans la 2e section (réserve) du cadre du Corps de Santé militaire.

Centre de liaison des Œuvres d'Entr'aide Médicale. — Le Centre de liaison a tenu récemment sa dernière réunion à laquelle assistaient la plupart des délégués des Œuvres d'Assistance et de Prévoyance pour les médecins. Elle a prononcé l'admission de l'Association des Médecins de l'ex-compagnie P.-L.-M. qui se joint maintenant aux œuvres déjà adhérentes.

Demandez au Centre de liaison, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e), sa brochure de renseignements sur les œuvres.

Calendrier médical du Centre de Liaison des Œuvres d'Entr'aide médicale. — Dimanche 1er octobre 1939, à Besançon : Journée annuelle pour la Famille et pour la Natalité organisée par Médecine et Famille et Pharmaciens, père de familles nombreuses, à l'occasion du Congrès de la Natalité. Il y sera traité des allocations familiales, de la répression de l'avortement criminel, de l'exode rural, etc.

Médecins français en Grèce. — Rappelons que le voyage médical organisé par l'*Association des Amis du Tourisme international* (15, rue de la Pépinière, Paris, 8e) aura lieu du 15 au 20 août 1939. Pour renseignements, s'adresser sans retard à l'adresse ci-dessus indiquée.

Propagande antifrançaise. — Un de nos lecteurs nous communique la photographie d'une carte postale reçue par plusieurs de nos confrères belges. Ladite carte a été expédiée de Bruxelles.

Elle se passe de commentaires :

« Monsieur le Docteur,

« Vous préférez naturellement prescrire des spécialités pharmaceutiques françaises ; vous ignorez certainement le charlatanisme des Français, sans cela vous ne parleriez (*sic*) pas ainsi. Les spécialités allemandes sont scientifiquement étudiées et il faut être ignorant pour parler (*resic*) comme vous le faites.

« Signé : Un groupe de Représxntants.
(*re-re-sic*)

« Bruxelles, le 31 mai 1939. »

Nécrologie

— Le docteur Pierre Rousseau, ancien interne des hôpitaux de Paris (1920), décédé à Paris.

— Le Dr Gaston Lyon, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, médecin en chef du Métropolitain.

— Le Dr Charles Gardère, médecin des hôpitaux de Lyon.

— Le Dr André Hovelacque, ancien interne des hôpitaux de Paris (1906), professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris.

— Le Dr Le Bœuf, médecin de S. M. le Roi des Belges.

— Le Dr Henri Dumora, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, décédé à Talence.

— Le Professeur Enrique Pouey, chef de l'Ecole gynécologique urugayenne, décédé à Montevideo.

REVUE GENERALE

LES PORPHYRIES OU PORPHYRINOPATHIES ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIQUE [1]

Par MM. H. Roger, J.-E. Paillas
M. Schachter et J. Bourdouresque
(de Marseille)

IV. Formes mixtes :

A côté des trois formes que nous venons de décrire et qui sont rarement pures, il faut réserver une place aux formes mixtes (L. Riccitelli). Il s'agit, en effet, de cas de porphyrie, qui débutent avec des manifestations cutanées, sur lesquelles viennent se greffer, en quelque sorte, des poussées digestives ou nerveuses, pouvant aboutir aux syndromes extenso-progressifs terminaux (Riccitelli). Chez d'autres, après un épisode cutanéo-abdominal, succèdent des troubles nerveux. Le cas étudié par nous rentre également dans le groupe des formes mixtes, étant une intrication de la maladie de Guenther, avec des manifestations mentales tardives, à type de fugues.

Avant de passer à l'étude des porphyrinuries toxiques ou secondaires, nous croyons utile de rappeler à cet endroit la notion de *porphyrinurie latente*, établie par J. Waldenström. Cet auteur englobe les cas, encore peu nombreux, mais indiscutables, de sujets apparemment normaux, qui éliminent des quantités plus ou moins grandes de porphyrines, par leurs urines. Ces sujets, dont on ne connaît pas encore l'avenir éloigné, dans le sens d'une évolution vers une porphyrie cliniquement nette, sont dépistés lors d'un examen des urines ou surtout, si l'on pratique, comme l'a fait Waldenström, des analyses systématiques d'urine, dans les familles où un membre est atteint de porphyrinurie manifeste.

On devine par conséquent l'importance de la notion de porphyrie latente, comme base constitutionnelle possible, sur laquelle, à un moment donné, se greffera tout le reste du cortège symptomatique que nous avons décrit dans les trois formes de porphyrinurie dite idiopathique. Peut-être, est-ce parmi ces sujets, que se recrutent les candidats à la porphyrie toxique, par suite d'usage, immodéré ou non, de certains toxiques.

B. Les porphyrinuries toxiques ou secondaires

Ne différant cliniquement en rien des porphyrinuries d'allure primitive, les porphyrinuries toxiques ou secondaires sont déterminées par des agents exogènes faciles à mettre en évidence.

Parmi les causes les plus connues, il faut citer en premier lieu la porphyrie consécutive aux intoxications accidentelles ou criminelles avec le *sulfonal*, le *trional*, le *véronal* et le *phanodorme*. En analysant tous les cas de porphyrie consécutive aux abus de somnifères jusqu'en 1925, Guenther trouve 68 cas dus au sulfonal et 11 dus au trional. Fréquente dans les pays où l'on abuse de somnifères, la porphyrie toxique, sulfonalique surtout, est rare dans des pays comme la Suède, où la porphyrie primitive est relativement fréquente (Hammarsten, Hedin, Westermark).

Une autre cause importante de porphyrie toxique est le *saturnisme* aigu et chronique, dont la symptomatologie est, selon Schreus et Carrié, assez superposable à celle des porphyries. D'ailleurs, chez environ 80 % des sujets examinés au cours des coliques saturniques, on a pu déceler une élimination urinaire anormalement élevée de porphyrine (Massa). Expérimentalement, l'intoxication plombique a produit également une porphyrinurie intense (Guenther, Erlenmeyer, Stokvis et Goetzel). Mais, comme jamais un malade atteint de saturnisme n'est devenu un porphyrinurique vrai, Guenther, et plus récemment encore Waldenström, admettent que, cliniquement parlant, on ne peut pas parler d'une porphyrinurie saturnine.

Citons enfin, comme causes rares de porphyrie secondaire, l'intoxication avec de la cocaïne (Rödelius et Schumm), avec du chloroforme (Nikolaysen), enfin la fièvre typhoïde (Mac Munn, Jabernheim, Nebelthau, Heinecke).

Le fait que souvent la porphyrie toxique est consécutive à l'ingestion de petites doses de somnifères, ou à des infections relativement peu graves d'une part, et la difficulté de réaliser expérimentalement chez tout animal, une porphyrie toxique de l'autre, semblent plaider en faveur de l'existence d'un terrain constitutionnel, comme condition préalable, pour l'installation des troubles. Waldenström se demande même, si toute porphyrinurie toxique, apparemmnt due aux somnifères, ne nécessite pas la préexistence d'une porphyrinurie latente, dans le sens mentionné plus haut.

LE SUBSTRATUM ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES PORPHYRINURIES

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'absence de lésions spécifiques.

Ce qui semble prédominer dans la majorité des cas, c'est une importante infiltration porphyrinique du foie, de la rate et, assez souvent, des os et des téguments. Dans un certain nombre de cas, le foie est le siège d'une infiltration lipoïdique, pigmentaire et sidérosique, ou bien présente des lésions plus ou moins avancées de cirrhose.

Les vaisseaux présentent fréquemment un processus de sclérose portant sur la tunique moyenne. Dans certains cas, on a signalé l'association avec la périartérite noueuse (syndrome de Kussmaul), dont l'étiologie reste encore obscure (Erlandson et Lundquist).

En ce qui concerne les lésions du système nerveux, en dehors des dépôts de mélanine et de lipofuchine intra-cellulaires, pie-mériennes et parfois des fibres nerveuses, il faut noter, ainsi que l'ont souligné Bostroem d'abord, et plus récemment J. Lhermitte (1929), une diminution notable des cellules radiculaires des cornes antérieures de la moelle. Ces cellules sont le siège d'une chromatolyse notable, le noyau étant rejeté à la périphérie et sa substance chromatique étant éga-

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 58.

lement désintégrée. Les racines antérieures et postérieures, ainsi que les fibres nerveuses, ne semblent point touchées. Enfin, la réaction névroglique est plutôt discrète.

Dans certains cas, la corticale et la médullaire des surrénales étaient le siège de foyers multiples de ramollissement. Dans la thyroïde de même que dans l'hypophyse, on a parfois trouvé des dépôts pigmentaires, de nature porphyrinique (L. Riccitelli).

DONNEES ETIOLOGIQUES

Dans la grosse majorité des cas, et en exceptant la maladie de Guenther, qui est, on vient de le voir, congénitale, l'*âge* moyen de l'installation des troubles oscille entre 25 et 35 ans. Les *femmes* sont nettement plus atteintes que les hommes. Ainsi, sur 103 cas analysés par Waldenström, 67 étaient des femmes (65 %) et 36 des hommes (35 %).

La race ne semble pas jouer de rôle important. Il est, par contre, plus intéressant de souligner que tout en existant dans la plupart des pays européens (France, Suisse, Italie, Hollande, Autriche, Hongrie, Danemark, Finlande), les porphyries sont plus fréquentes en Allemagne et en Suède. Le nombre relativement grand de porphyries dans la région du fleuve Skellefte älv (Suède), a permis à Waldenström de se demander si le sol, très riche en cuivre, argent, plomb, or, arsenic et sélénium de cette région n'intervenait pas dans l'étiologie des porphyries.

L'étiologie syphilitique ou alcoolique (ou leur association) ne semble pas devoir retenir notre attention, malgré quelques observations suggestives. Il est peut-être plus utile de noter en passant, les essais, non confirmés, de Schreus et Carrié, qui incriminent tantôt un bacille Gram positif, tantôt un coli-bacille, comme capables de déclencher des porphyrinuries.

Certains auteurs ont accusé l'intervention des glandes endocrines, non seulement du fait de la prédominance des porphyrinuries chez la femme, mais surtout à cause de la coïncidence fréquente des poussées porphyriniques avec les règles, et de la possibilité d'améliorer ce syndrome, grâce à la radiothérapie ovarienne (O. Zorn).

Mais la fréquence avec laquelle les porphyrinuries apparaissent chez plusieurs membres d'une même famille, ou d'un même groupe de familles, les nombreux cas nettement héréditaires (Barker et Estes, Michelli et Dominici, Gagey, Garrod, Ehrmann, Sato et Takahashi, Lutty, T. Hernando, Covisa, Medina, etc.), plaident en faveur du rôle de la constitution ou de l'intervention d'un facteur chromosomal spécifique.

La *transmission héréditaire* des porphyrinuries se fait ou bien du père aux fils et aux filles, ou bien de la mère aux filles et aux fils, avec cependant prédominence de la première modalité. Souvent, la porphyrie peut apparaître dans la même famille selon le type homochrone, c'est-à-dire frappant plusieurs membres à un même âge.

Le fait de l'apparition de porphyries dans 2-3 générations successives plaide en faveur d'une hérédité du type dominant (J. Waldenström).

DONNEES PATHOGENIQUES

C'est à H. Fischer, qui a réalisé la synthèse des pigments sanguins et à son école (Nencki, Kustner, Willstadtter) que nous devons les recherches fondamentales sur les porphyrines. Celles de Kämmerer, Kiernan, Leikola, Schumm, Riccitelli, Waldenström et autres ont plus tard apporté des précisions concernant les caractères des porphyrines et leur métabolisme chez l'animal.

On divise les porphyrines en :

a) Porphyrines naturelles : ooporphyrine, uroporphyrine et copro-porphyrine, qui existent normalement ou pathologiquement tant dans l'organisme animal que végétal ;

b) Porphyrines artificielles, obtenues à partir de l'hématine ou de la chlorophylle ; les plus importantes sont : la proto-, la méso-, l'hémato- et l'étio-porphyrine (Willstadtter). Les porphyrines cristallisent en rhombes biréfringents.

Du point de vue clinique, l'uro- et la copro-porphyrine sont les plus couramment rencontrées.

L'uro-porphyrine, la plus importante du point de vue biologique (C_{40} H_{38} O_{16} N_4), donne des cristaux brun rouge. Elle se trouve dans les urines des sujets atteints de la maladie de Guenther (H. Fischer et H. van den Bergh). Injectée à des animaux, elle colore le squelette en rouge.

La copro-porphyrine (C_{36} H_{38} O_8 N_4) se trouve chez des malades atteints de porphyrie, tant dans les urines que dans la bile. On l'a également trouvée dans le méconium, le liquide amniotique, et en clinique, dans les intoxications avec le trional, sulfonal, et même dans le saturnisme (Schumm, H. Fischer).

En se basant sur le fait que des régimes exclusivement végétariens ou carnés augmentaient l'excrétion urinaire des porphyrines, on a d'abord soutenu l'origine exogène des porphyries (Stokvis, Abderhalden, Nishihara). Cependant, en soumettant des animaux à des régimes sans viande et sans végétaux, on a constaté que le taux normal de porphyrine urinaire n'était point changé (Borst et Kœnigsdoerffer). Cette constatation, d'une importance capitale, orienta les recherches vers l'origine endogène des porphyries.

L'existence de porphyrinurie au cours de certains états de dysfonctionnement hépatique ou hépato-splénique (Harbitz et Perutz, Robitschek) de certaines fièvres s'accompagnant d'hémolyses importantes, de certaines intoxications salvarsaniques, de certains cas de stase biliaire (Stokvis), de certaines anémies graves, de certains syndromes saturnins, a permis d'accepter la théorie, selon laquelle les porphyrines naissaient par des processus compliqués d'*analyse hématique* et biliaire.

Cependant, dans certains syndromes hémolytiques, on n'avait pas observé une augmentation de l'élimination de porphyrine (H. van den Bergh, Borst et Kœnigsdoerffer, Schwartz, Hueck), constatation qui contredit la théorie de la genèse analytique de ces pigments.

C'est en critiquant cette théorie, que Fischer et ensuite Guenther, ont émis la théorie de la *genèse synthétique* des porphyrines. En effet, selon ces auteurs,

la synthèse des porphyrines se fait dans la moelle osseuse, dans les érythroblastes et dans la musculature striée. Ils se sont basés, entre autres, sur l'existence d'une fluorescence rouge des tissus d'animaux nouveau-nés et de leur globules rouges. Borst et Kœnigsdoerffer, qui soutiennent également cette façon de voir, ont mis en évidence des porphyrines dans le sérum sanguin, le rein, le foie, les os et les érythroblastes d'embryons humains. Ils ont également constaté la présence de porphyrines dans les disques proligères des embryons de poulets, dont les érythroblastes offraient une fluorescence rouge, due à la proto-porphyrine.

En pathologie humaine, on rencontre une augmentation des porphyrines au cours de certains syndromes sanguins se manifestant par des formes cellulaires jeunes. Ainsi, dans certains cas d'anémie pernicieuse, les érythroblastes de la moelle osseuse apparaissent particulièrement riches en proto- et copro-porphyrine.

Ces quelques données très sommaires, montrant que les porphyries sont l'expression clinique d'une importante perturbation dans les processus d'analyse et surtout de synthèse des pigments sanguins, expliquent en même temps, pourquoi toute atteinte transitoire ou définitive des organes hématopoïétiques, de même que du foie, de la rate et du rein aussi, *peut être un élément décisif* dans l'éclosion des syndromes, dont nous avons donné plus haut la description détaillée.

Nous avons employé à dessein le terme « *d'élément décisif* » et non pas « *unique* », car ainsi que nous l'avons souligné plus haut, la seule déficience des organes hématopoïétique, du foie et de la rate ne suffit pas pour déterminer une porphyrinurie. Le trouble métabolique que représente ce syndrome paraît, en effet, lié à des déviations congénitales et héréditaires des échanges tissulaires, dont nous commençons à peine à entrevoir les complexités.

Depuis peu de temps, des recherches expérimentales tendent à démontrer que, loin d'être des pigments inertes, les porphyrines doivent être considérées, jusqu'à un certain point, comme des véritables catalyseurs, intervenant activement dans les processus métaboliques des protides, des glucides et de certaines substances nucléiniques. Elles apparaissent indispensables pour l'excitabilité tissulaire *largo sensu*, d'où leur action favorable dans certains états pathologiques de dépression mélancolique, en rapport avec des déséquilibres endocriniens (dépressions de la ménopause féminine ou masculine (Hüpnerfeld).

DIAGNOSTIC

Facile à faire dans la forme congénitale, cutanée (maladie de Guenther), le diagnostic repose essentiellement sur la constatation de la couleur foncée, ou rouge porto, des urines et sur la mise en évidence, par des moyens physiques (spectroscopie, fluoroscopie) ou chimiques des porphyrines. Ces recherches nécessitent une technique très minutieuse et une instrumentation que seuls certains laboratoires peuvent avoir.

La forme digestive des porphyries, si souvent confondue avec les syndromes abdominaux aigus (occlusion intestinale, appendicite, cholécystite, coliques rénales, etc.) est diagnostiquée seulement grâce à l'examen physique des urines et à la recherche des porphyrines (uro- ou copro-porphyrine).

Quant à la forme nerveuse (syndromes paralytiques ou psychosiques), c'est encore par la découverte des urines spécifiques rouge porto que l'on pensera aux porphyries. Il est nécessaire cependant de souligner dès maintenant que la fréquence avec laquelle des syndromes du type Landry sont rencontrés au cours des porphyries, imposera de ne jamais conclure à la forme essentielle d'un pareil syndrome avant d'avoir éliminé la possibilité d'une porphyrie.

PRONOSTIC

La forme congénitale, cutanée (maladie de Guenther) est dans la règle bénigne et l'on peut affirmer qu'avec le temps, il y a une tendance nette à l'amélioration spontanée, plus ou moins nette de la photosensibilité de ces malades. Si certains malades ont succombé à un âge relativement jeune (20-40 ans), la plupart des auteurs relatent des cas ayant dépassé 55 et même 65 ans (Linser, Wollmer, Waldenström).

Tout autre est le pronostic des formes aiguës à manifestations digestives ou nerveuses, où la mortalité est élevée, oscillant entre 50-60 % (Guenther, Waldenström) et 70 % (Eldahl). La majorité de ces malades meurt au cours des premiers douze mois après le début de la maladie. Des survies de 3-7 ans sont exceptionnelles.

TRAITEMENT

Dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut pas encore parler de guérison des porphyries. Les traitements dont nous disposons actuellement, semblent cependant pouvoir améliorer de façon plus ou moins nette ce syndrome métabolique.

Etant donné l'hypersensibilité à la lumière, on a depuis longtemps conseillé, aux malades atteints de la forme cutanée surtout, d'éviter l'exposition de leurs téguments au soleil et de porter des chapeaux à larges bords. Plusieurs pommades (à base de sels de quinine) ont été recommandées pour atténuer ou annihiler l'effet des rayons solaires sur les parties découvertes des téguments pendant leur travail.

Comme médication, on a prescrit, avec quelques résultats encourageants, les extraits hépatiques (Schreus et Carrié, Duesberg, Urbach et Blöch), les injections intra-veineuses de chlorure de calcium (Lignac), les diurétiques mercuriels surtout (Waldenström) et enfin les régimes alimentaires nettement alcalins.

Récemment, en raison de certaines similitudes entre les manifestations cutanées et viscérales de la pellagre et des porphyries, R. Boulin et ses collaborateurs R. Garcin, L.-J. Bezançon, Fl. Nepveux et Y. Geffroy (1939) ont traité deux cas de porphyrie avec la vitamine P-P (le facteur antipellagreux) ou l'amide nicotinique (identique du point de vue chimique) et noté non seulement la disparition rapide

de l'uro- et copro-porphyrine des urines, mais également, une certaine amélioration des manifestations cliniques.

Ce traitement biologique semble être plein de promesses ; des recherches de contrôle sont encore nécessaires.

Signalons également, que la radiothérapie ovarienne a donné, dans le cas grave, relaté par O. Zorn (1938) un excellent résultat, mais qui n'a duré que 5-6 mois.

Enfin, le traitement des crises abdominales des porphyries aiguës ou toxiques, comportera non seulement le régime hydrique, mais également aussi l'administration de la morphine ou de la papavérine. L'agitation et l'insomnie seront traités avec des bromures, étant donné l'extrême sensibilité et nocivité des barbituriques pour ces malades.

BIBLIOGRAPHIE

T.-L. Althausen. Zur Frage der Leberschädigung bei der ak. Porphyrie (*Klin. Woch.*, 1931, 1016).

I. Boas. Proto-porphyrin im Harn (*Klin. Woch.*, 1933, I, 389).

A. Bostroem. Ueber toxisch bedingte aufst. Lähmung mit Hämatoporphyrin, etc. (*Z. f. d. ges. Neurol. et Psych.*, t. LVII, 1920).

R. Boulin, R. Garcin, Fl. Nepveux et Y. Geffroy. Un cas de copro-porphyrinurie traité par l'amide nicotinique (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 17 mars 1939).

R. Boulin, R. Garcin, Fl. Nepveux et Ortolan. Sur un cas de porphyrie primitive à forme paralytique (*Bull. Soc. Méd. Hôp., Paris*, 9 juillet 1937, et *Presse Méd.*, 8 déc. 1937).

J.-T. Brugsch. Untersuch. des Quant. J.-Stoffwechsels beim. ges. u. kr. Mensch (*Z. f. d. g. Exp. Méd.* 1935).

J. Casillo. La photodyn, nella cura delle psicosi depressive endogene, etc. (*Archivio di Neurol. Psich. e Psicoanal*, 1938, 288).

A. Courcoux, J. Lhermitte et Boulanger-Pillet. La paralysie extenso-progr. hématoporphyrique (*Presse Méd.*, 11 déc. 1929).

E. Derrien. Un cas d'hématoporphyrie (*Paris Médical*, 1918, 412), et note sur quelques faits nouveaux pour l'histoire naturelle des P. animales (*C. R. S. B.*, 26 juillet 1924).

L. Ehrenberg. Zur Kasuistik der mit Landryscher Lähmung eingehender P. (*Klin Woch.* 1923, 1508).

A. Eldahl. Symptomatology of the acute P. Classif. of the porphyrias (*Acta med. Scand.* 1938, 526).

A. Eldahl. A case of acute P. developped during hospitalisation (*Acta Med. Scand.*, 1938, 415).

Erbslöh. Zur Pathol. u. Pathol. Anat. der toxischen Polyneuritis nac Sulfonalgebrauch (*D. Z. f. Nervenhlk*, 1903, t. XXIII).

I. Ferrat-Marton. States of excitation in acute P. (*Schw. mediz. Wosch.* 1938, 1209-1211).

J. Geissler. Zur Kenntniss der P. acuta (*Klin. Woch*, 1939, 378-380).

Grund. Ueber Hämatoporphyrie mit Polyneuritis (*Zbl. f. Inn. Med.*, 1919, 810).

T. Hernando. La Porphyrie, ses manifestations dig. cutanées et oculaires (*Biol. Méd.*, 1938, 293).

L. Justin-Bézançon. Vitamine P.-P. Le rôle métab. de l'amide nicotinique (*Presse Méd.*, 4 mars 1939).

Michelli et Dominici. Zwei Fälle von famil. P. (*D. Arch. f. Klin. Med.* 1931, 154).

L. Riccitelli (*Porfirine e Porfirie*, L. Capelli, Bologna, 1936).

H. Roger, J.-E. Paillas, J. Boudouresques et M. Schachter. Sur un cas de porphyrinurie chronique, maladie de Guenther, avec des manifestations mentales, à type de fugues (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris* (en parution).

E. Urbach. La peau et le foie : *Le Foie*, 1938, n° 14.

J. Waldenström. Studien ueber Porphyrie (*Suppl. Acta. Med. Scand.* 1937, LXXXII).

O. Zorn. Ueber Porphyrie und Ovarialfunktion (*Klin. Wosch.* 1938, 1576-1579).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1939

Embolie de l'origine de l'artère humérale. — Embolectomie. — Guérison immédiate se maintenant après sept années. — Rapport de M. Ménègaux sur cette observation de M. Olry d'autant plus intéressante que l'embolectomie a été effectuée tardivement à la 17e heure.

A propos du rétablissement de la continuité intestinale après résection recto-colique. — M. Schwartz rappelle qu'à côté de l'iléo-coloplastie et la mobilisation du côlon gauche, il existe un troisième procédé de rétablissement secondaire de la continuité recto-colique. Il repose sur cette constatation qu'un côlon gauche fixé en anus à la paroi s'allonge progressivement sous le poids des matières et qu'on peut au bout d'un certain temps l'abaisser très facilement. Différentes observations en ont été rapportées et M. Schwartz les rappelle.

M. Okinczyc estime que cet allongement signalé par M. Schwartz n'est pas constant.

Traitement des luxations récidivantes de la mâchoire par butée osseuse préarticulaire. — Rapport de M. Baumgartner sur un travail de M. Bréhant. Celui-ci a modifié certains points de la technique d'Elhim : inclinaison du greffon, inclusion de celui-ci dans une fente du zygoma. Sept observations ont été opérées par le procédé de butée préarticulaire dont trois sont dues à M. Bréhant.

M. Baumgartner analyse les résultats éloignés : dans aucun cas la luxation ne s'est pas reproduite.

Dans un cas de luxation bilatérale, la luxation s'est reproduite du côté où la butée n'avait pas été faite.

En revanche, l'action sur l'arthrite (lorsqu'elle existe) paraît nulle.

Le vissage selon la méthode de Rissler dans le traitement des fractures de jambe. — Rapport de M. Wilmoth sur un travail de M. J. Gosset ; la vis est placée perpendiculairement au plan de section de la fracture. Il a utilisé la vis de Masmonteil. La réduction se fait à ciel ouvert et on peut ainsi donner une direction correcte. Trois observations démonstratives

Résection diaphyso-métaphysaire du radius pour une tumeur ostéo-fibreuse étendue. — Reconstitution de l'os par une greffe péronière massive. — M. Bouhier présente cette observation dont le résultat anatomique et fonctionnel est très satisfaisant.

La propagation au côlon pelvien de la maladie de Nicolas-Favre. (A propos de deux cas traités par amputation colorectale.) MM. J.-Ch. Bloch et J. Zagdoun ont eu l'occasion d'opérer deux malades : dans le premier cas, anus sur le côlon descendant pour troubles du transit ; au cours de la confection de cet anus on constate que le côlon sigmoïde est rouge et infiltré. Dans un deuxième temps, exérèse recto-colique. Guérison.

La deuxième observation est en tout point superposable : exérèse abdomino-périnéale. Guérison.

Les observations dans lesquelles est signalée l'extension de la maladie de Nicolas-Favre au côlon ilio-pelvien ne sont pas très nombreuses ; M. J.-Ch. Bloch en rappelle quelques-unes.

Les auteurs ont fait les constatations suivantes : il n'existe pas de lésion péricolique grave ; le côlon est transformé en un tube rigide, infiltré.

M. Bloch se demande si les échecs des amputations, rapportés par Catelier et Weiss ne sont pas dus à une ablation trop timide des lésions.

M. Soupault estime que la chirurgie a encore son utilité en présence des rétrécissements périrectaux ; la dérivation en particulier, assure parfois une véritable résurrection chez des malades cachectiques. Cette dérivation pour être efficace doit être totale.

M. Sénèque distingue les formes tumorales de la maladie de Nicolas-Favre, limitées au recto-côlon et celles qui ont envahi la totalité du petit bassin ; ces dernières sont au-dessus des limites de la chirurgie.

M. Moulonguet a été amené à faire une ablation du côlon gauche pour une lésion envahissante de la maladie de Nicolas-Favre pour laquelle M. Hartmann avait fait auparavant une amputation. Anus sur le transverse. Guérison.

MM. Picot, Richard rapportent des cas opérés avec résultat satisfaisant.

Séance du 28 juin 1939

Traitement des artérites des membres inférieurs par l'artériectomie limitée. — M. L. Bazy fait un rapport sur un travail de M. Polony, basé sur 3 observations auxquelles il joint une observation personnelle. Dans les trois cas de M. Polony, une artériectomie à minima a assuré aux malades une guérison avec bon résultat éloigné datant de 3 et 4 ans.

L'observation de M. L. Bazy concerne un homme âgé amputé pour gangrène du pied d'un côté ; apparition de douleurs violentes du côté opposé en rapport avec une oblitération de l'artère fémorale. Artériectomie limitée ; guérison rapide. Quatre ans après, nouveaux accidents d'oblitération ; deuxième artériectomie au-dessous de la précédente. Guérison.

M. L. Bazy précise les limites que doit comporter l'artériectomie et montre les difficultés d'apprécier la limite inférieure de l'oblitération. Il lui apparaît que l'artériectomie, même limitée, comporte de bons résultats.

Splenectomie des rates palustres chez les femmes enceintes. — Rapport de M. Barbier sur un travail de M. Tasso Astériades comprenant sept observations concernant soit des torsions de rate, soit des rates paludéennes compliquées. Six splénectomies d'urgence ont donné six guérisons.

M. Barbier discute, à propos de ce rapport, différents points intéressants : fréquence de la torsion splénique chez la femme enceinte, indications opératoires et résultats de la splénectomie faite dans ces conditions.

Tumeurs kystiques de la rate. — M. Barbier, rapporteur. — Il s'agit d'une observation de M. Antonio Diaz dont le seul point intéressant réside dans ses conditions d'apparition ; traumatisme au niveau de l'hypochondre gauche, puis atteinte paludéenne au cours de laquelle le faux kyste apparaît et augmente de volume.

Traitement des ostéosarcomes. — M. Tavernier revient sur les résultats thérapeutiques fournis par la radiothérapie, la chirurgie et les deux méthodes associées. Personnellement, la radiothérapie lui est apparue longtemps comme préférable (3 guérisons sur 10 cas traités). Puis les résultats plus récents furent moins favorables ; la chirurgie a donné une guérison datant de 13 ans. En rapprochant ces 4 cas guéris, M. Tavernier constate qu'ils appartiennent à une même classe anatomo-clinique : ostéosarcome de la région métaphysaire, donnant peu d'ossification. Toutes les autres catégories (sarcomes ostéolytiques, chondrosarcomes, etc.), ne comportent que des échecs.

Quant au choix même de la méthode thérapeutique, M. Tavernier estime qu'il faut commencer par la radiothérapie ; si la tumeur est radiosensible, les douleurs doivent disparaître dès les premières séances. En cas de radiorésistance, amputation ; en cas de récidive après rayons X, il faut amputer également (1 cas guéri).

Un cas d'adénite mésentérique aiguë. — M. Métivet rapporte une observation personnelle dans laquelle le diagnostic clinique a été fait ; l'intervention montre une grosse masse ganglionnaire dans l'angle iléo-coccal ; l'appendice est sain histologiquement ; le ganglion est le siège d'une inflammation aiguë avec staphylocoques.

A propos de 4 cas de résection de cancers coliques. — M. Métivet préconise, au cours des résections iléo-cocco-coliques, la conservation d'un petit segment du côlon transverse en amont de l'anastomose, à titre de fistule de sûreté.

Endométriome du côlon sigmoïde. — MM. Bergeret et Rachet rapportent une intéressante observation concernant une femme présentant un polype cancérisé du rectum ; amputation abdomino-périnéale ; l'examen de la pièce révèle l'existence d'un rétrécissement du sigmoïde en rapport avec un endométriome.

Résection de l'omoplate pour ostéosarcome de cet os. — M. Kuss présente le malade : l'impotence fonctionnelle du bras est relativement peu importante.

Séance du 5 juillet 1939

A propos du rétablissement de la continuité intestinale après résection colique pour cancer. — M. Hartmann rappelle qu'en 1907, il a présenté une observation dans laquelle le procédé décrit par M. Schwartz avait été utilisé.

A propos des endométriomes. — M. Kuss rapporte trois observations concernant des endométriomes de l'ombilic.

Un cas d'endométriome du sigmoïde. — M. Cadenat communique une observation personnelle.

Remarques sur quelques endométriomes. — M. Mocquot a eu l'occasion d'en observer neuf cas ; cinq fois d'endométriome constituait la lésion pathologique principale. Deux localisations rares ont été rencontrées : un endométriome de la fosse ischio-rectale et un de la paroi vésicale. M. Mocquot discute la pathogénie de cette lésion, et discute la valeur des signes cliniques classiques.

A propos de la pathogénie de l'endométriose. — Formations endométriales dans les veines du myomètre. — MM. Ascheim, Brocq et Varangot ont eu l'occasion d'observer une intéressante observation ; dans une pièce d'hystérectomie pour fibrome on a trouvé, à distance de la muqueuse utérine des formations endométriales très nettes. Des coupes en série du myomètre ont permis de situer ces formations à l'intérieur des veines.

Sur ces coupes en série, M. Ascheim a pu trouver 21 formations endométriales incluses dans le myomètre.

Il s'agit donc de véritables inclusions intravasculaires ; M. Brocq rappelle que d'autres cas analogues ont été observés (Salmson, Gricouroff, etc.).

Cette constatation a une valeur considérable en faveur de la théorie métastatique défendue par Salmson, Halban ; cependant, bien des obscurités persistent, en particulier sur le mode de pénétration des fragments de muqueuse utérine dans les vaisseaux, sur les localisations rares de l'endométriose (endométriome des cicatrices, des membres).

M. Okinczyc fait remarquer que la localisation de l'endométriose se fait toujours au-dessous de l'ombilic.

M. Brocq rappelle l'existence d'un cas d'endométriome du membre supérieur.

Etude de la tension artérielle et du système neuro-végétatif au cours de la maladie opératoire. — MM. Larget et Lamare ont étudié simultanément tension artérielle, réserve alcaline, coagulabilité et l'état du système neuro-végétatif apprécié au moyen du réflexe oculo-cardiaque. Les courbes de ces différentes mesures doivent évoluer parallèlement ; leur discordance marque les troubles de la maladie post-opératoire et permet de prévenir quelques accidents.

M. Basset fait remarquer que le mode d'anesthésie a une sérieuse influence sur les modifications post-opératoires de la tension artérielle.

Remarques sur la technique de l'apicolyse comme temps complémentaire de la thoracoplastie. — M. Robert Monod a été séduit par la technique de Semb qu'il a utilisée avec succès à plusieurs reprises. Cependant, quelques point techniques paraissaient obscurs ; avec ses élèves, M. R. Monod a repris l'étude anatomique de l'appareil suspenseur de la plèvre et des éléments vasculo-nerveux qui rendent difficiles l'apicolyse. L'auteur attache une grosse importance en particulier aux deux premiers nerfs intercostaux et aux traînées de cellulite lymphangitiques qui se rencontrent au niveau de la partie interne du premier espace.

M. R. Monod estime que cette méthode doit être réservée à quelques cas bien choisis, la difficulté actuelle résidant justement dans le choix des indications.

M. Lardennois discute l'indication du Semb en cas de caverne très interne ; en dedans, il n'existe plus de fascia endothoracique et l'on ne peut rien décoller. Les possibilités thérapeutiques du pneumothorax extra-pleural lui paraissent des plus douteuses.

Opération sympathique pour mégacôlon et mégavessie. — Présentation de maladie. — M. Boppe. Bon résultat en ce qui concerne le mégacôlon et nul pour la vessie.

Lettres à une mère (*Collection psychologie*), par Wilhelm Stekel, traduit de l'allemand, par N. Rozenblit et L. Baudoin. Un volume in-16 double couronne. Prix : 22 francs. Editions N. R. F., 43, rue de Beaune, Paris.

La psychiatrie et les sciences de l'homme (essai de synthèse scientifique), par le Dr G. Villey. Un vol. de 194 pages. Prix : 30 fr. Chez Alcan, à Paris, 1938.

CONGRÈS

VIIIe CONGRES FRANÇAIS DE GYNECOLOGIE

Lille, 27 au 30 mai 1939

Le Congrès annuel de la Société Française de Gynécologie s'est réuni cette année à Lille, du 27 au 30 mai, sous la présidence de M. le Dr X. Bender, de Paris, et la présidence d'honneur de M. le professeur de Snoo, d'Uutrecht.

M. le Dr Maurice Fabre, de Paris, assumait les fonctions de secrétaire général.

Un comité local, à la tête duquel se trouvaient MM. Delannoy et Paucot, s'était chargé de l'organisation qui fut en tous points parfaite.

Si l'affluence était, vu les circonstances, un peu moindre qu'habituellement, la participation étrangère n'en était pas moins très importante. C'est ainsi que dix nations étaient représentées : la Hollande, la Belgique, l'Angleterre, l'Italie, la Suisse, la Pologne, le Portugal, l'Espagne, la Roumanie, la Grèce, qui avaient envoyé des délégués.

Le Congrès commença le samedi 27 par une réception des congressistes à l'Hôtel de Ville, où M. le Maire de Lille leur fit un exposé des œuvres médico-sociales réalisées par la municipalité et leur offrit un lunch.

L'après-midi eut lieu la séance inaugurale du Congrès dans la grande salle des fêtes de l'Université, sous la présidence de M. le Préfet du Nord, qui prononça quelques aimables paroles de bienvenue, et, en présence de notabilités civiles et militaires de la ville.

Au bureau présidentiel, avaient pris place M. le professeur de Snoo (Utrecht), président d'honneur ; MM. Xavier Bender, président ; Maurice Fabre, secrétaire général ; Delannoy, président du Comité d'organisation; Paucot, commissaire général ; Jayle, président de la Société française de gynécologie, et Turpault, secrétaire annuel.

M. de Snoo dit toute la joie qu'il avait à présider un congrès français de gynécologie, et l'amitié profonde qui unit son pays à la France.

M. X. Bender répondit par un discours exaltant le rôle de la Hollande dans la science et l'art et salua comme il convenait les congressistes étrangers.

M. Delannoy, président du Comité d'organisation, et M. Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès, remercièrent ensuite tous ceux qui, à un titre quelconque, avaient contribué au succès de ce Congrès. Puis, la première séance de travail commença.

Le question à l'ordre du jour était la Parthénologie, rapporteur général : M. F. Jayle.

Neuf rapports furent présentés :

1° Embryologie de l'appareil génital féminin, par M. Noël (Lyon) ;

2° Etude morphologique du bassin féminin avant la puberté, par MM. Cordier, L. Devos, L. Renier (Lille) ;

3° Microbiologie du milieu vaginal de l'enfant et de la jeune fille vierge, par MM. Vanverts, P. Boulanger, P. Crampon et E. Lainé (Lille) ;

4° Sur l'activité endocrinienne avant la puberté, par MM. Cordier, Devos et J.-P. Gineste (Lille) ;

5° Variation du taux de la folliculine dans l'urine et le sang des jeunes filles avant, au moment, après la puberté par M. Turpault (Paris) ;

6° Influence de la syphilis héréditaire sur les fonctions ovariennes, par MM. H. Paucot et Bedrine (Lille) ;

7° Les malformations génitales féminines, par M. Favreau (Lille) ;

8° Les tumeurs de l'appareil génital interne chez la fillette, par MM. Delannoy et R. Demarez (Lille) ;

9° Les tumeurs du sein chez la fillette et la jeune fille, par M. X. Bender (Paris).

Le même jour, à 17 h. 30, eut lieu, sous la direction de M. Mahieu, commissaire général, ancien ministre, et de l'architecte en chef, la visite de l'Exposition du Progrès social.

A 20 heures, les congressistes participèrent à un dîner offert par le Comité d'organisation.

Le lendemain, après la séance de travail, ils furent transportés à Zuydcoote, où le professeur Le Fort fit visiter le sanatorium marin qu'il dirige, visite précédée d'un excellent déjeuner servi dans une des salles de ce magnifique établissement pour les tuberculeux osseux et articulaires.

Cette journée se termina par le dîner officiel du VIIIe Congrès français de gynécologie, présidé par M. le professeur de Snoo. A ce dîner, des toasts furent prononcés par le préfet, MM. de Snoo et X. Bender, et les délégués de toutes les nations étrangères participant au Congrès.

Lundi 29 mai eut lieu, à l'hôtel Carlton, une belle réception par M. le président Bender, et le mardi 30, après une excursion sur les plages de la Manche, de Boulogne, à Paris-Plage, le Congrès se termina par un somptueux déjeuner servi au Touquet, sous la présidence de M. le Dr Pouget, maire de cette belle station climatique.

Ajoutons qu'un comité de dames sut, pendant ces journées, distraire comme il convenait les femmes des congressistes. Réceptions, visites à l'Exposition, au musée, excursions, défilé folkorique se succédèrent pour leur plus grand agrément. En résumé, beau succès pour le VIIIe Congrès français de gynécologie qui, de bout en bout, fut favorisé par un température idéale.

Le IXe Congrès aura lieu, en 1940, à Saint-Malo, sous la présidence de M. E. Douay, de Paris. La question à l'ordre du jour est : le *fibrome utérin*. Rapporteur général : M. le professeur agrégé André Chalier, de Lyon.

Maurice Fabre.

Association de la Presse Médicale française.

CONGRÈS DE LA DIURÈSE (1)

Vittel, 27, 28 et 29 mai 1939

Les bases pharmacologiques de l'emploi de quelques diurétiques d'origine végétale. — MM. Mercier et Balansard étudient les diurétiques végétaux chimiquement indéterminés au moyen de leur action sur la sécrétion et l'excrétion rénales. Il existe un nombre considérable de « tisanes diurétiques », en particulier, toutes celles qui sont riches en sels de potassium.

La plante diurétique la plus importante est l'artichaut. Certaines liliacées telles que la salsepareille doivent être classées à côté de l'artichaut. L'ortosiphon staminéus est une labiée originaire de Java et des Iles de la Sonde. Expérimentalement, chez l'animal sain, elle augmente la diurèse, le débit de l'urée, ainsi que l'excrétion chlorée dans des proportions considérables.

Enfin, l'uva-ursi, tout comme l'ortosiphon, contiendrait des principes glucosiques particulièrement actifs.

L'auteur cite encore différentes plantes diurétiques et en particulier les fleurs de genêt dont l'action diurétique n'est pas due à la spartéïne, mais à la scoparine qui est également un glucoside. L'auteur propose enfin une classification en deux groupes.

Le groupe des phyto-diurétiques antitoxiques.

Le groupe des diurétiques hépatiques ou phyto-diurétiques dépuratifs.

La méthode de choix pour l'administration de ces simples est l'extrait aqueux.

Diurèse et néphrites aiguës toxiques. — MM. Pasteur, Vallery-Radot, L. Justin Besançon et G. Mauric. — Bien que les troubles du mouvement de l'eau dans les néphrites aiguës toxiques occupent une place importante dans le bilan des fonctions rénales, aucune étude d'ensemble n'en avait été faite jusqu'ici.

Dans la mieux étudiée des néphropathies toxiques d'évolution rapide, la néphrite mercurielle aiguë, l'étude de l'étape pré-énurique apporte d'intéressants enseignements physiopathologiques.

L'arrêt de la diurèse est plus rapide mais non instantané et la chute progressive de la sécrétion de l'eau est essentiellement due à un trouble fonctionnel des tubes contournés. En même temps que l'oligurie, la faiblesse de la concentration uréique s'accentue rapidement.

A l'étape post-anurique, la reprise de la diurèse reste liée à la régénération des cellules des tubes contournés et ne signe pas forcément un pronostic favorable. Un taux même élevé d'urine, mais sans concentration uréique, reste d'un pronostic redoutable. Cette polyurie post-anurique, essentiellement aqueuse, a les caractères physiologiques d'une diurèse forcée, obligatoire, très analogue à celle du diabète insipide ou à celle que provoquent les diurétiques mercuriels.

L'épreuve de la soif entraîne chez ces malades une chute du poids et de l'hyperthermie comme dans le diabète insipide. Malgré l'absence de boisson, la diurèse persiste mais sans augmentation du taux de l'urée et des chlorures dans les urines.

Ce qui domine le pronostic, c'est la concentration uréique, celle-ci reste toujours, même dans les cas les plus favorables, inférieur à la concentration maxima et la polyurie compensatrice reste ordinairement très au-dessous de ce qui pourrait assurer un débit uréique suffisant. Dans quelques cas, cependant, on a pu observer une polyurie énorme sans concentration uréique, l'élévation de la diurèse suffisant à drainer par le rein une quantité d'urée capable de faire baisser complètement l'azotémie.

L'étude de la chlorurie menée parallèlement à celle de la diurèse fournit des données cliniques et pronostiques essentielles.

Un certain nombre de facteurs extrarénaux (perte extra-rénale d'eau acidose, collapsus, cardio-vasculaire, atteinte hépatique) influent plus ou moins profondément sur la diurèse. Les infections secondaires entraînent rapidement une oligurie marquée.

A la convalescence de la néphrite aiguë, les tests de l'élimination hydrique complètent utilement les autres épreuves d'insuffisance fonctionnelles du rein.

A côté de la néphrite mercurielle, une série de travaux récents ont bien précisé les caractères de la diurèse au cours des néphrites saturnines aiguës, des néphrites aiguës par inhalations de tétrachlorure de carbone, des néphrites oxaliques, glycoliques, chromiques et de tout le groupe de celles qui succèdent à des essais thérapeutiques : par le novarsénobenzol, le bismuth et surtout les sels d'or.

Là encore, ce qui ressort de l'examen général de ces observations, c'est la nécessité de confronter la concentration uréique avec la diurèse pour juger du pronostic.

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 58, 59.

La thérapeutique a tiré d'importants enseignements de ces études. Dans les deux ou trois premiers jours d'anurie, il faut lutter contre la déshydratation, ainsi que contre les phénomènes cardio-vasculaires, l'insuffisance hépatique et il faut se garder de médications intempestives.

A la phase d'urémie croissante, la lutte contre l'acidose et la déchloruration mérite d'être menée avec infiniment de discernement et de méthode. Elle doit se laisser guider par l'analyse quotidienne du sang et par l'examen clinique répété du malade. La saignée, la transfusion, la décapsulation rénale restent des méthodes d'exception.

Au stade de reprise de la diurèse, la réhydratation est d'une utilité capitale. Il faut réhydrater au prorata de la difficulté du rein à concentrer l'urée et surveiller par la suite longuement, le fonctionnement rénal de ces malades.

Le rôle du rein dans le maintien de l'équilibre acide-base de l'organisme. — M. POLONOWSKI. — Il était classique d'admettre que le rein intervient par trois mécanismes principaux dans le maintien du PH sanguin et de la réserve alcaline.

1° En éliminant certains acides faibles *à l'état libre*.

2° En augmentant la proportion des phosphates *monométalliques* au dépens des phosphates bi-métalliques, ce qui permet l'économique d'ions alcalins et abaisse d'autant le PH urinaire.

3° Enfin, par une ammoniogenèse qui contribue à substituer les radicaux ammoniacaux à des bases fixes.

Il est bien démontré à l'heure actuelle que cette ammoniogenèse résulte en réalité d'un double processus, *un phénomène de sécrétion, l'ammoniophanérèse*, consistant en une libération d'ammoniaque au dépens des acides aminés et un *phénomène d'excrétion* d'élimination de cette ammoniaque dans l'urine sous forme de sels ammoniacaux.

Mais il serait illusoire de considérer l'ammoniophanérèse et surtout l'ammoniurie comme un moyen pour le rein de participer d'une façon importante au maintien de l'équilibre acido-basique, car l'ammoniophanérèse est sensiblement indépendante des variations locales d'acidose, et, d'autre part, l'ammoniogénèse ne peut guère intervenir efficacement dans une modification du PH sanguin. Tout au plus peut-on dire que, dans l'ammoniogénèse, l'urine serait plus acide.

Ce qui, cependant, ressort de cette étude et peut rendre service au clinicien, c'est la notion d'un nouveau syndrome rénal ainsi mis en évidence, celui de la diminution de l'ammoniaque par « rétention ammoniacale » analogue à la rétention uréique et peut-être encore plus précoce et qui pourrait servir de signal d'alarme dans la néphrite toxique. Un autre syndrome sera constitué par la diminution de l'ammoniophanérèse. Mais celui-ci n'interviendra qu'à la période terminale des néphrites chroniques et n'aura plus alors d'utilité diagnostique.

Les cures de diurèse dans les stations hydro-minérales françaises. — MM. PERRIN et LOUYOT. — Les stations françaises peuvent être groupées en deux grandes catégories nettement tranchées, en ce qui concerne les effets diurétiques.

Nous avons, d'une part, celles où les cures de diurèse sont régulièrement prescrites et réalisées, visant non seulement au lavage de l'arbre urinaire, mais aussi et plus souvent à l'amélioration des fonctions sécrétoires des reins. Ces stations de diurèse ont surtout des eaux hypominéralisées, dont Evian, marraine du vocable, est le type, ou des eaux sulfatées calciques jaillissant dans diverses régions et notamment dans la vallée vosgienne du Vair, où Vittel et Contrexéville ont acquis une légitime renommée.

C'est dans les stations de diurèse de l'une ou de l'autre variété qu'on été établies et codifiées les indications et les techniques des cures de diurèse, ainsi que l'emploi systématique d'épreuves préalables, qui permettent d'obtenir le maximum d'effets sans aucun risque de réactions fâcheuses. Toutes ces notions sont très heureusement devenues classiques et servent de directives à une quantité d'autres stations, lorsque les circonstances incitent celles-ci à imiter les grandes stations de diurèse.

D'autre part, considérable est le nombre des stations où la diurèse peut être observée comme l'accessoire ou le complément de la cure principale. Tantôt l'élimination rénale est majorée par l'emploi de telle ou telle technique, sans que ce soit la préoccupation dominante et le but suggéré par l'affection qui a amené le malade dans la station, tantôt l'effet diurétique est la signature bienfaisante de l'efficience des eaux sur le cœur ou sur le foie ; ces actions diurétiques indirectes vont de pair avec la recherche parallèle de l'action diurétique directe dont certaines stations alcalines ou autres ont, depuis longtemps, constaté la possibilité, notamment lorsqu'elles ont eu à traiter des voies urinaires lithiasiques ou infectées.

Grandes et variées sont donc les modalités thérapeutiques que nous fournissent, dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, les stations hydrominérales dont notre pays est si justement fier.

Association de la Presse Médicale française.

CHRONIQUE

Un hommage de Cuba à la mémoire de Carlos J. Finlay

On sait que c'est à Carlos J. Finlay, savant cubain, que revient l'honneur d'avoir, dès 1881, c'est-à-dire près de vingt ans avant les travaux de la Commission américaine, démontré expérimentalement la transmission de la fièvre jaune par un moustique, le *Stegomya*, et l'existence de formes inapparentes : découvertes qui ont eu pour conséquence la disparition presque complète, à Cuba, de la fièvre jaune grâce aux mesures d'hygiène et aux méthodes thérapeutiques : sérothérapie, vaccination (1884), par lui préconisées. Quand on se rappelle que sur 1.500 Européens descendus à Saint-Domingue avec Christophe Colomb, le tiers mourut de fièvre jaune, on comprend la légitime fierté que tirent les Cubains des mémorables recherches de leur illustre compatriote. Ils ont voulu, dans ces derniers temps, célébrer sa mémoire par une fête grandiose donnée sous le patronage et en présence du Président de la République, et dont rendent compte les *Anales de la Academia de Ciencias médicas, fisicas y naturales de la Habaña* (t. LXXV, n° 4, 1938-38). Notre éminent ami, le Professeur Francisco Dominguez Roldan a prononcé un magnifique éloge de ce bienfaiteur auquel doit tant l'humanité, de cet autre Pasteur. A la fin de la séance, le ministre de la Santé publique a lu un décret décorant de l'ordre du Mérite National « Carlos J. Finlay », un certain nombre de savants, dont nos amis, les Prof. Pasteur Vallery-Radot et C. Mathis. D'autre part, dans la *Revista Vida nueva* (La Habaña, 18 avril 1939), le Dr Ferrer a rendu un éloquent hommage à Francisco Dominguez Roldan, ce vétéran qui, toute son existence, a lutté, d'abord pour l'indépendance de sa patrie, puis pour le triomphe des idées de Finlay. Heureux les pays qui savent ainsi glorifier leurs grands hommes. Comment ne pas leur appliquer, en l'adaptant aux circonstances, la phrase d'un illustre écrivain : « Honorer ceux qui ont accru le patrimoine de leur pays, c'est encore le servir ! » Comment ne pas dire, plus brièvement encore, avec le Dr H. Ferrer : Honorer honore ?

L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de Psychiatrie, par le Dr Lévy-Valensi, 2e édition, Paris, 1939, un volume in-18 de 512 p. Bibliothèque Carnot et Rathery. J.-B. Baillière et Fils.

Un « manuel », avec des divisions et des subdivisions à l'infini, des descriptions conformes au plus pur « schématisme scholastique », des paragraphes asexués, des chapitres optiquement vides? En aucune façon, mais, au contraire, un ouvrage personnel, où le moi n'est jamais haïssable, où tout vit, ou « tout est sujet, où tout relève de l'art, où tout a droit de cité ». Tout ou presque tout, car certaines théories à la mode y sont l'objet d'un tel « refoulement » que leur exposé tient à peine trois pages de petit texte ! Qu'il s'agisse d'*étiologie générale*, de l'*examen d'un psychopathe* (et de son entourage), des *symptômes mentaux*, des *maladies mentales*, des *éléments de pratique psychiatriques*, voyez avec quelle sobre élégance l'auteur présente les questions les plus ardues, comme il sait rajeunir les conceptions anciennes, fonder, à son tour, un « système autonome », soutenir jusqu'au bout l'intérêt du lecteur. Voyez comme il vous campe, en deux coups de crayon, les délirants chroniques, au capital intellectuel définitivement aliéné, les déments précoces, dont le langage hiéroglyphique attend encore son Champollion, les « oligophrènes », qui opposent, à toutes les tentatives de perfectionnement, une invincible force d'ineptie. Qu'importe, après cela, que certaines figures ne soient pas toujours aussi bien venues qu'on aurait pu le désirer, qu'une étourderie de prote ait imprimé : La loi du 30 juin *1936* sur les aliénés? Vétilles que ces critiques ! Elles n'empêchent pas le *Précis de psychiatrie* d'être le livre d'un maître, où se trouvent rassemblées les plus rares qualités : clarté, esprit de finesse et finesse d'esprit, sens clinique, indépendance, courage, et qui fait grand honneur à l'Ecole française.

Le Professeur Lévy-Valensi nous a jadis confié un secret, que, conformément à la tradition, nous confierons, à notre tour, aux roseaux du roi Midas. Cet homme qui connaît aussi bien la littérature « profane » que la littérature médicale, qui trouve le temps, parmi ses innombrables occupations, de suivre les cours de l'Ecole des Chartes, et que la Faculté vient de nommer à la chaire de l'histoire de la médecine, ce grand érudit, cet émule des Laignel-Lavastine et des Lhermitte, ne lit pas la *Gazette des Hôpitaux*. Nous n'en sommes que plus à l'aise pour dire ce que nous pensons de sa science, de son talent et de son caractère.

L. Babonneix.

Etudes Neurologiques, par le Prof. Georges Guillain. Huitième série, Paris 1939 ; in-8° de 391 pages. Masson et Cie, éditeurs.

Si, au cours de ces dernières années, la neurologie a réalisé tant de progrès, c'est parce qu'elle a su, fort opportunément, se rappeler qu'elle est, elle aussi, une *création continue*. Aux données classiques, il y a seulement un demi-siècle, que n'a-t-elle pas ajouté : examens biologiques et humoraux, recherches radiologiques, constatations faites, *in vivo*, au cours des interventions et, *in vitro*, sur des pièces colorées par des méthodes électives ! Elle n'a pas craint de prendre contact avec l'embryologie, avec la génétique, avec la psychologie même : les découvertes ne se font-elles pas, selon la belle expression du Prof. Ch Richet, aux confins des sciences ? Grâce à ses facultés d'adaptation, elle a fini par s'imposer, et il est actuellement peu de spécialités qui soient aussi en faveur auprès des médecins et des étudiants.

A cette première réflexion, que nous faisions en parcourant la huitième série d'*Etudes neurologiques* du Prof. Georges Guillain, s'en ajoute aussitôt une autre. Le temps n'est plus aux « systèmes ». Finies les classifications de nos ancêtres ; mortes, leurs divisions symétriques, en « dessus de cheminée », leurs oppositions, où l'art le cédait à l'artifice ! L'observation a fait éclater ces cadres rigides ; elle a montré que le nombre des affections non classées, dont surtout les affections à virus neurotropes, est au moins aussi considérable que celui des affections classées. Et, parmi ces dernières, que de notions nouvelles à glaner ! Voici la *phacomatose rétinienne de van de Hoeven dans la sclérose tubéreuse*, les *syndromes parkinsoniens d'origine syphilitique* : l'étude des *connexions du noyau rouge*, *les lésions labyrinthiques dans la maladie de Paget*, la *paralysie périodique*, etc.

Autre remarque : elle concerne la part importante prise par l'auteur dans l'édification de la science neurologique d'aujourd'hui. Pour nous en tenir à cet ouvrage, combien d'acquisition dues à son patient labeur : *rédiculo-névrites avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire*, qui porte dans la science le nom de syndrome Guillain-Barré, *affections dégénératives du cervelet, myoclonies du voile, réaction du benjoin dans la trypanosomiase humaine, valeur des modifications des réflexes pour le diagnostic précoce du tétanos céphalique et des formes frustes !* Et sur quel point de la science qu'il enseigne avec tant d'éclat n'a-t-il pas fait porter ses investigations ? C'est ce dont on se rend compte en lisant la *Table des Matières Générales* que, sur le désir de ses lecteurs, il a mise à la fin du volume. Ne montre-t-elle pas éloquemment « la contribution fournie par la Clinique de la Salpêtrière à la progression des grands problèmes neurologiques actuels » ?

Editée par la librairie Masson, avec son habituel souci de perfection, illustrée de gravures dont la plupart reproduisent les coupes faites par Ivan Bertrand et par Mlle Jacqueline Guillain, cette nouvelle série d'*Etudes neurologiques* fait le plus grand honneur à son auteur et mérite, de la part de tous ceux auxquels elle rendra service, un juste tribut de louanges.

L. Babonneix.

PRATIQUE MÉDICALE

A propos de l'adonis vernalis
Du choix de la préparation dépendent les résultats

par le docteur Poulin (1)

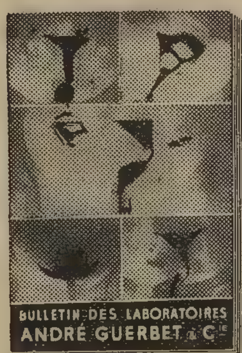
On prescrit l'adoverne (tous les glucosides de l'adonis vernalis) avec la plus grande chance de succès toutes les fois que la digitale n'agit plus, ce qui arrive plus souvent qu'on ne pense. Mais c'est du ralentissement peu brutal et du repos diastolique qu'il provoque que l'adoverne tire des indications majeures. De même, dans les cardiopathies mitrales, dans les insuffisances ventriculaires gauches, l'adoverne est tout particulièrement indiqué (Lutembacher). D'autre part, il ne faut pas oublier qu'il est eupnéique et diurétique et que, dans la plupart des cas, on peut l'utiliser sans aucun danger même chez les enfants.

L'adoverne qui se présente sous trois formes : gouttes, granulés et suppositoires se montre toujours un médicament fidèle remplaçant, continuant ou suppléant l'action de la digitale.

(1) *Concours Médical*, Paris, n° 19, mai 1938.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & Cie

N° 61. — MERCREDI 2 AOUT 1939. 112e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de p[illegible] : [illegible] francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

La riposte histamine-tyramine dans l'œdème paroxystique du poumon, par M. M. LŒPER, Mme J. BROUET-SAINTON et M. J. VIGNALOU.

La cellulite-maladie, par M. L. ALQUIER.

Intérêts Professionnels.

Syndicat des Médecins de la Seine.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Académie de Médecine. — Société de Pédiatrie.

Pratique Médicale.

Notes pour l'Internat.

Nerf sciatique poplité externe, par M. M.-H. SERVELLE.

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — Par décret en date du 20 juillet 1939, pris sur le rapport du ministre de l'Education nationale, le doyen de la Faculté de Médecine de Paris est autorisé à accepter le legs d'une somme de 40.000 francs fait à cet établissement par Mme veuve Tilloy-Wachet, sans charges ni conditions, au profit de l'Institut du cancer.

Faculté de Médecine de Marseille. — Le diplôme d'hygiène a été décerné à MM. Abignoli, Arlaud, Mlle Blanc, MM. Blanc R., Casanova, Cony, Crémieux, Fourmier, Ginésy, Kindler, Lacroix, de Larebeyrette, Laugié, Masselot, Piétri, Mlle Piolle, MM. Poteur, Poulét, Rochette, Schmitt, Tabusse et Mlle Weill.

Ont été admis au certificat d'hygiène. — Mlle Andréi et M. Santoni.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Fitte, médecin adjoint au sanatorium de Camiers, a été nommé médecin directeur au sanatorium de Trestel.

Services sanitaires maritimes. — M. le Professeur Jean SAUTET de la faculté de médecine de Marseille a été nommé Directeur des services sanitaires maritimes de la 5e circonscription.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier* : M. Parin (Maurice), chef de laboratoire de radiologie à l'hôpital maritime de Berck (Pas-de-Calais); 26 ans de services civils et militaires et de pratique professionnelle particulièrement distinguée. Atteint d'une grave affection contractée dans l'exercice de ses fonctions par suite de l'usage des rayons X.

Bourses familiales du Corps médical (*fondation de M. le Dr Roussel*). — Le 5 juillet s'est réuni le Jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs mises à la disposition de l'Association générale des Médecins de France par le Dr Roussel, en faveur des médecins et veuves de médecins chargés de famille.

34 demandes ont été examinées. Parmi les bénéficiaires figure un confrère père de 12 enfants et ayant, en plus, 4 neveux orphelins à sa charge ; un autre compte 14 enfants dont 9 mineurs et 3 sont étudiants ; deux autres de santé médiocre ont respectivement 8 enfants vivants de 13 ans à 6 mois et 7 enfants de 14 ans à six mois. Quant aux veuves, l'une malade et sans travail actuellement a

9 enfants de 18 à 1 ans ; une autre a 5 filles mariées, mais dont 2 sont veuves et ayant à leur charge 14 enfants en bas âge.

Cette année encore, M. le Dr Roussel a bien voulu renouveler son geste généreux en mettant une bourse supplémentaire à la disposition du Jury.

Celui-ci était composé de Mme Jayle, de la Société de Femmes et Enfants de Médecins ; M. le Dr Roussel, fondateur ; MM. Chapon, Claisse, Darras, Lutaud, Bongrand, Noir, de l'Association générale des Médecins de France ; M. Cibrie, représentant la Confédération des Syndicats médicaux ; M. Gallois, de l'Association des Médecins de la Seine ; M. Georges Labey, de Médecine et Famille ; M. le médecin général Fayet, représentant le Service de Santé militaire.

A propos de la vaccination à titre préventif. — Nous avons signalé (n° 58, p. 986), le projet de loi déposé par M. Marcel Boucher, député des Vosges, *projet tendant à restituer à la pratique médicale des vaccinations un caractère facultatif*. M. Marcel Boucher vient d'adresser à M. le ministre de la Santé Publique une lettre lui demandant de ne pas ordonner l'application de la loi du 25 juin 1938 (devenue l'article 6 *bis* de la loi du 15 février 1902) sur la vaccination antidiphtérique obligatoire, avant la discussion du projet de loi dont il est l'auteur.

Académie Duchenne de Boulogne. — Le Secrétariat de l'Académie Duchenne de Boulogne rappelle que les candidats au prix de 10.000 francs pour 1939 doivent envoyer leurs mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en quatre exemplaires avant le 1er octobre 1939, Centre Marcelin-Berthelot, 28 *bis*, rue Saint-Dominique, Paris. Joindre références et *curriculum vitæ*.

Le sujet doit se rapporter aux sciences médicales, mais il reste au choix du candidat. Le dernier lauréat fut M. Raoul Lecoq, pour l'ensemble de ses travaux sur les Déséquilibres alimentaires et nutritifs.

Voyage « Bruxelles-Médical » aux Etats-Unis. — A l'occasion de l'Exposition Internationale de New-York, *Bruxelles-Médical* organise, pendant les grandes vacances, un magnifique voyage aux Etats-Unis, dont le départ du Havre s'effectuera le 29 août par s/s *Champlain* (28.676 tonnes).

Trois itinéraires sont prévus aux Etats-Unis.

Itinéraire A. — New-York, Philadelphie, Atlantic-City, Washington, Niagara Falls, New-York.

Retour par *Normandie*, quittant New-York le 13 septembre pour arriver au Havre le 18 septembre.

Itinéraire B. — New-York, Philadelphie, Atlantic-City, Washington, Chicago, Detroit, Toronto, Niagara Falls, Boston, New-York.

Retour par *Champlain* quittant New-York le 26 septembre pour arriver au Havre le 3 octobre.

Itinéraire C. — New-York, Philadelphie, Atlantic-City, Washington, Chicago, Detroit, Niagara Falls, Toronto, Montréal, Québec, Boston, New-York.

Retour par *Champlain* quittant New-York le 26 septembre pour arriver au Havre, le 3 octobre.

Quant aux prix, comprenant tous les frais du Havre au Havre, à la seule exception des pourboires et des dépenses personnelles à bord (vin de table inclus pendant les traversées), des repas de midi et du soir, à New-York et de la boisson aux Etats-Unis, ils ont été établis comme suit :

Itinéraire A, avec traversées en classes cabine (1re classe), 675 $; classe touriste 460 $; 3e classe 365 $.

Itinéraire B., avec traversées en classe cabine (1re classe), 747 $; classe touriste 585 $.

Itinéraire C., avec traversées en classe cabine (1re classe), 822 $; classe touriste, 660 $.

Il convient d'ajouter que, aux Etats-Unis, les hôtels choisis sont tous des établissements de premier ordre (chambres avec salles de bains) et que les parcours en chemin de fer s'effectueront en 1re classe Pullman ou en wagons-lits.

Pour recevoir le programme détaillé du voyage, s'adresser à la Section des Voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, Bruxelles.

Le Ve Congrès International de pédiatrie. — Aura lieu à Boston et Cambridge (Massachusetts) (Etats-Unis d'Amérique), du 2 au 5 septembre 1940.

Les sujets mis à l'ordre du jour seront :

I. — Les déficiences en vitamines du groupe B.

II. — Les virus dans leurs rapports avec les maladies du nourrisson et de l'enfant.

Tout membre d'une Société reconnue de pédiatrie peut devenir membre du Congrès et participer aux discussions.

Les auteurs qui désireraient présenter une communication aux réunions générales ou aux réunions de sections, devront agir par l'intermédiaire du Comité National de leur pays. Ils devront soumettre le titre et un résumé de moins de trois cents mots de leur communication.

Les quatre langues officielles du Congrès sont l'Anglais, le Français, l'Allemand et l'Italien. Toute intervention sera traduite au fur et à mesure dans ces quatre langues.

Des excursions seront organisées dans les villes et cliniques des Etats-Unis avant et après le Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Robert Clément, 205, Faubourg-Saint-Honoré, Paris (8e), ou au Dr Robert Pierret, villa Ménival, Parc Fenestre, La Bourboule (Puy-de-Dôme).

Médecins, chirurgiens et spécialistes présents à Paris pendant les vacances

Médecine générale. — M. Marcel Perrault, médecin des hôpitaux, 8, rue Perronet, Paris (7e), août et septembre.

Mme Blanchy, 36, rue Vaneau (7e), à partir du 24 juillet

Chirurgie. — Le Dr Batail, 39, avenue Kléber, sera présent à Paris pendant tout l'été.

Rééducation. — M. G. de Parrel, 78, boulevard Malesherbes, du 8 au 30 septembre.

Accouchements. — Le Dr Butaud, 58, rue d'Auteuil, sera présent à Paris, pendant tout l'été.

Dermato-vénéréologie. — M. le Dr Belgodère, médecin adjoint de Saint-Lazare, 69, rue Rochechouart (9e), sera présent à Paris, pendant les mois de juillet, août et septembre.

Nécrologie

— Le docteur Félix Collet, médecin de l'ambassade de Belgique, décédé à Sannois-sur-Seine.

— M. Jacques Germer-Durand, interne des hôpitaux de Montpellier, décédé accidentellement dans un aven du Causse Méjean.

LA RIPOSTE HISTAMINE TYRAMINE DANS L'ŒDÈME PAROXYSTIQUE DU POUMON

Par Maurice Loeper
Mme J. Brouet-Sainton et Jean Vignalou

La pathogénie de l'œdème aigu du poumon n'est pas univoque et plusieurs mécanismes, chimique, mécanique et nerveux, ont été successivement invoqués. Certaines substances trouvées dans le sang ont même paru, dans des cas très particuliers, pouvoir réaliser l'inondation alvéolaire.

Nous voudrions montrer que, parmi ces substances, les *bases aminées* jouent un rôle primordial et que leur accroissement dans le sang, constaté par la méthode chimique même, suffit à réaliser l'accident paroxystique et à l'expliquer.

Nous résumerons très brièvement l'histoire clinique d'un malade qui vient à l'appui de cette conception.

Un homme âgé de trente-trois ans fit, à la clinique de l'hôpital Saint-Antoine, un premier séjour de mars à juillet 1938 pour des accidents de défaillance cardiaque, essentiellement traduits par une arythmie complète, une certaine hépatomégalie et un peu d'œdème.

Une crise de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 15 ans détermina chez lui une double lésion mitrale : souffle systolique de la pointe et roulement. La lésion fut assez longtemps bien tolérée ; mais, depuis deux ans, elle provoque de fréquentes manifestations dyspnéiques, des palpitations qui réduisent son activité.

Le diagnostic porté en ville fut arythmie complète. Il fut vérifié à l'électrocardiogramme par un crochetage de l'onde rapide en D1, une inégalité des complexes et une tachysystolie auriculaire irrégulière.

L'orthodiagramme montrait une augmentation marquée de l'oreillette gauche, et l'auscultation confirma la lésion mitrale, ci-dessus indiquée.

La tension artérielle était à 15/8 ; la diurèse à 1 litre. Le foie débordait d'un travers de main le rebord costal, et était douloureux.

Par les injections lentes intra-veineuses d'ouabaïne, de salicylate de soude et même d'un produit sulfamidé, une amélioration réelle fut obtenue et, après plusieurs crises dyspnéiques, en juillet, le malade put quitter l'hôpital.

Il y revint le 28 septembre 1938 pour les mêmes accidents, mais plus sévères. Deux jours avant, à la suite de l'absorption de boudin avarié, il fit quelques troubles digestifs assez marqués, manifestement toxiques. Ces accidents, bien que fugaces, déclenchèrent une dyspnée intense, de la précordialgie et de la défaillance cardiaque.

Grâce aux tonicardiaques, aux diurétiques, les troubles s'amendent, l'urée sanguine est à 0,51, la diurèse à 1 litre, la tension artérielle à 13/8. Mais les paroxysmes dyspnéiques se répètent avec les manifestations brusques d'œdème aigu pulmonaire. En trois mois et demi, le malade présente six accidents analogues, dont le début est toujours très brutal, la sensation de constriction thoracique pénible, la dyspnée intense et l'expectoration saumonée et spumeuse. Quelquefois, nous avons pu observer une élévation de la tension artérielle au début du paroxysme avec une différentielle normale ou à peine modifiée. La saignée ne fut jamais très efficace. Seule, l'injection de morphine pouvait enrayer rapidement une évolution des accidents progressive sans elle toujours. Dans les dernières crises, celle-ci fut seule pratiquée d'ailleurs et s'avéra suffisante.

***

Le mécanisme de ces accidents est certes assez particulier. Pas de modifications tensionnelles appréciables, pas de retentissement durable sur le cœur, le foie ou les reins, mais toujours une crise dyspnéique violente, isolée, avec expectoration abondante mousseuse, aérée et même rosée, dont le mode de production doit être étudié. Disons de suite que nous avons éliminé les facteurs le plus habituellement incriminés et mis en cause un facteur *toxique*, probablement *endogène*. Ce facteur s'est affirmé à la fois par des décharges d'histamine et de tyramine dans le sang et surtout dans l'expectoration. C'est dans cette décharge, croyons-nous, que se trouve l'explication des paroxysmes dyspnéiques.

Le premier dosage dans le sang nous a donné seulement : histamine, traces ; tyramine, 4,9, chiffres bas, mais qui ont été obtenus plusieurs jours après la crise.

Au contraire, quelques heures après une crise typique survenue dans la nuit, le taux de l'histamine et de la tyramine fut beaucoup plus élevé.

Dans le sang :

Histamine .... 3,2 mgr. 0/00
Tyramine .... 8,4 mgr. 0/00

$$\text{Rapport } \frac{T}{H} = 2,6$$

Le dosage dans l'expectoration fut également intéressant :

Histamine .... 9,5 mgr. 0/00
Tyramine .... 19,2 mgr. 0/00

Pour répondre aux critiques, nous avons demandé à M. Parrot un dosage biologique et M. Parrot put vérifier l'existence d'une proportion notable d'histamine dans le sérum. Voici, d'ailleurs, sa note : « Le sérum agit sur l'intestin isolé de cobaye comme s'il contenait environ 200 de dichlorhydrate d'histamine par litre », ce qui est considérable, puisque, par cette technique, le sérum normal donne 40 à 60. Le chiffre, pour important qu'il soit, est cependant inférieur à celui que donnent certains œdèmes aigus pulmonaires qui va jusqu'à 8 et 900 par litre. Mais concurremment, en pleine crise, l'expectoration muqueuse contient elle aussi un chiffre d'histamine et de tyramine d'autant plus curieux que ces liquides sont dépourvus de toute inflammation. La démonstration semble faite d'une élimination par le poumon d'une proportion abondante, inusitée de ces deux bases.

Une nouvelle crise, cinq jours après, permit d'ail-

leurs un autre dosage dans le sérum, qui confirma le premier :

Histamine .... 2,8 mgr. 0/00
Tyramine .... 7,2 mgr. 0/00

$$\text{Rapport } \frac{T}{H} = 2,5$$

et l'expectoration encore très abondante donnait les chiffres respectifs de :

Histamine .... 7 mgr. 0/00
Tyramine .... 12 mgr. 0/00

***

Nous avons cru intéressant de rapporter cette observation. Nous y voyons la preuve des effets à la fois spasmodiques et douloureux d'une décharge de tyramine qui paraît bien l'agent provocateur et qui, d'où qu'elle vienne, exerce son action habituelle. Elle est en excès dans le sang et la crise apparaît ; une décharge muqueuse la termine, sans quoi le taux de tyramine est fort élevé. L'histamine que nous avons aussi dosée dans le liquide rejeté joue un rôle important, mais secondaire. Son action est vaso-dilatatrice. Nous croyons qu'elle est là comme antagoniste. Son rôle semble être d'amortir la tension et le spasme pulmonaires. Elle s'accroît d'abord dans le sang, puis aussi dans l'exsudat. L'accident pulmonaire, œdémateux, est certes gênant et pénible, inquiétant même. Il est pourtant un phénomène de riposte, de défense, une sorte de *réflexe chimique* comme on en voit souvent, qui oppose à une substance vaso-tonique une substance vaso-dilatatrice, à un phénomène d'hypertension une hypotension brusque, à un spasme une exsudation œdémateuse.

Le mécanisme de ces crises apparaît donc surtout chimique et c'est à ce titre que nous avons cru devoir y insister.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Le Syndicat des Médecins de la Seine a écrit à tous les médecins de la région parisienne, au sujet de la convention, dite du 18 avril 1939, que les Caisses d'Assurances Sociales veulent imposer aux maisons de santé, aux chirurgiens et aux spécialistes indépendants (forfait global — hébergement et honoraires — tarif limitatif : l'appendicite à 1.600 fancs tout compris, subordination du chirurgien à la maison de santé, etc.).

Le syndicat *demande dès à présent :*

1° *Aux chirurgiens et spécialistes* de ne collaborer qu'avec les maisons de santé qui n'ont pas passé convention avec les Caisses et n'acceptent pas d'engagements contraires à notre charte ;

2° *Aux maisons de santé,* de n'accepter, en aucun cas, de convention comportant un forfait global (honoraires et frais de séjour) ou contraire aux règles les plus élémentaires de la pratique médicale ;

3° *Aux médecins praticiens,* de ne collaborer qu'avec les chirurgiens, spécialistes et maisons de santé ayant satisfait aux demandes précédentes.

LA CELLULITE-MALADIE

Par M. L. Alquier

De nombreux écrits attirent continuellement l'attention sur ce qu'en France nous appelons la cellulite. Deux conclusions s'en dégagent :

1° Sur presque tous les sujets, un examen médical attentif reconnaît les indurations réductibles qui caractérisent la cellulite ;

2° Souvent généralisée à tout l'organisme, elle devient alors une véritable maladie, aux caractères objectifs aussi variables que les innombrables troubles morbides qu'elle occasionne.

Aux notions acquises, fondement de toutes les descriptions, l'étude des réactions vasculo-tissulaires, qui dépendent de l'ortho et du parasympathique, ajoutent de nouvelles précisions.

Anatomiquement, le processus morbide est bien connu depuis les recherches de Stapfer et de ses élèves, que confirment, sans additions notables, les modernes biopsies. Le microscope montre les petits vaisseaux gorgés de sang ; un exsudat en transsude, inondant et distendant les lacunes du tissu connectif ; c'est à peine si, à la longue, la trame tissulaire s'épaissit légèrement, sans rien qui rappelle l'inflammation.

Depuis longtemps, les masseurs scandinaves ont appris à écraser sous leurs doigts les indurations qui, sous forme de placards, nodosités, grains et filaments, caractérisent, au sein des tissus interstitiels, la cellulite. Mais, ni le microscope, ni la clinique n'ont encore indiqué la nature de l'enraidissement cellulitique. Nous savons seulement qu'il indure et rétracte les chairs bouffies ou, simplement, infiltrées, épaissies par l'exsudat, leur donnant l'aspect de l'arthritisme, du rhumatisme chronique. La fonte des indurations cellulitiques rend aux chairs leur souplesse et les débarrasse des exsudats. En même temps, s'atténuent et disparaissent l'irritation nerveuse, et la gêne des organes et appareils, satellites de la cellulite.

De ceci, nous pouvons conclure que la cellulite, due à un trouble humoral, encore imprécis, se traduit objectivement par la congestion exsudative et les réactions qu'elle détermine dans l'appareil conjonctivo-lymphatique. Des excitations manuelles faisant jouer vaso-motricité et réactions conjonctivo-lymphatiques, réalisent une véritable réflexothérapie, permettant l'étude de leurs variations et une interprétation meilleure des troubles attribuables à la cellulite.

I. — *Les réactions vaso-motrices et conjonctivo-lymphatiques qui caractérisent objectivement la cellulite*

Depuis les belles leçons de Vulpian sur la vasomotricité, auxquelles, seuls, des détails ont été ajoutés, nous savons qu'à toute irritation humorale, nerveuse ou tissulaire, répondent des réactions vasomotrices variables, désordonnées, sans systémati-

sation apparente. Dans l'état de choc, humoral, traumatique ou émotif, aux troubles vaso-moteurs s'ajoute la rétraction spasmodique des tissus interstitiels. Les traits se pincent, la peau se rétracte, plaque sur les plans sous-jacents, et, en profondeur, nous retrouvons la même rétraction, ici indépendante des peauciers et des fibres lisses du derme. Un spasme analogue étreint certains paquets vasculo-nerveux, indure et rétracte chaînes adéno-lymphangitiques et infiltrats, leur donnant l'aspect de masses cellulitiques, qui s'effacent dès que cède le spasme. Un exemple quasi-expérimental est donné par toute injection hypodermique irritante : brusquement, la boule d'œdème s'indure, se rétracte et prend l'aspect d'une nodosité cellulitique. Dès que cède le spasme, la boule œdémateuse redevient souple et se résorbe ; sa persistance donne ces nodosités chroniques, dont toute irritation nouvelle réveille le spasme rétractile. Même après de longues années, la réflexothérapie de détente assouplit tout ce qui n'est pas définitivement fibreux.

Tel est, rapide et bruyant, ou lent et insidieux, le spasme rétractile qui constitue l'enraidissement cellulitique. Il est réductible par détente tant que la cellulite demeure purement fonctionnelle, représentant un stade de présclérose ; les modifications structurales, de l'adipose, de l'inflammation, de la sclérose résistent à la réflexothérapie.

Lors des divers aspects de la congestion exsudative, spasme et enraidissement présentent de grandes variations. Les œdèmes résorbables sur place restent mous, sans réaction conjonctivo-lymphatique : tels ceux de l'intoxication sérique ou albumineuse, ou du type Quincke ; les œdèmes neuroparalytiques hypertoxiques, ou ceux de la stase cardio-veineuse. Au contraire, de minuscules exsudats provoquent des spasmes tissulaires violents et étendus : tels ceux des suffusions de synovie, ou ceux des insertions musculaires dans lesquels l'acide sarcolactique aurait été décelé.

Les variations individuelles de l'excitabilité neuro-tissulaire font que, chez certains, tout est prétexte à spasmes, et les tissus présentent vite l'aspect dur, parcheminé de l'artério-sclérose. Chez d'autres, les chairs molles et flasques sont progressivement distendues par des œdèmes mous, à peine fragmentés par la rétraction cellulitique, et qui aboutissent à ces énormes obésités œdémateuses diffuses ou que la rétraction tissulaire localise en masses segmentaires, souvent symétriques, du type Dercum.

Spasmes et enraidissements cèdent aux excitations manuelles aptes à provoquer la détente : la tension des chairs par position d'élongation ou par pression ou étirement suffit si elles atteignent, sans le dépasser, le degré favorable. La détente se manifeste d'abord aux points directement excités ; puis, chaque excitation détermine une vague d'épanouissement et de détente en tous points de l'organisme dont la réflectivité s'harmonise avec celle de l'enraidissement directement excité. De menues secousses ou la moindre excitation portant sur d'autres régions activent la détente des enraidissements.

Ceci classe la rétractilité tissulaire parmi les réflexes vago-sympathiques, dont elle présente tous les caractères. Il s'agit bien d'un neurotonus de l'appareil conjonctivo-lymphatique, régulateur du cours de la lymphe, comme la vaso-motricité régit la circulations du sang dans les petits vaisseaux. Aux œdèmes résorbables sur place, et qui respectent les lymphatiques, les tissus interstitiels n'opposent aucune résistance ; dès que l'exsudat s'intègre à la lymphe, la moindre irritation provoque la rétraction tissulaire, qui étreint l'œdème, lui donnant l'aspect de la cellulite. Il enraidit de même certains foyers inflammatoires et produits pathologiques divers.

La rétraction cellulitique forme barrage à la diffusion des œdèmes.

Ceux des membres inférieurs ne cèdent souvent qu'à la détente des périviscérites cellulitiques, surtout à la ceinture costo-diaphragmatique. Les œdèmes des membres supérieurs dépendent des enraidissements scapulo-thoraciques ; les bouffissures de la face, de la nuque ou de la région carotidienne cèdent à la détente des enraidissements occupant la base du cou. Ainsi s'explique l'action du drain inguino-pelvien par lequel Walther améliorait des éléphantiasis du membre inférieur dont l'écoulement vers le tissu cellulaire abdominal pouvait ainsi se faire malgré persistance du barrage formé par l'enraidissement inguino-pelvien. La réflexothérapie de détente supprime ce barrage, s'il n'est qu'engorgement lymphatique et rétraction tissulaire.

La réalité des barrages au cours de la lymphe est évidente en présence de toute cicatrice coupant une chaîne lymphatique, et en amont de laquelle s'accumule la bouffissure de stase lymphatique. De même, l'engorgement adéno-lymphangitique séquelle d'une inflammation éteinte ou traduisant une inflammation atténuée, fixe sur place les épaississements et indurations laissées par l'ancien foyer inflammatoire, et qui fondent dès que se rétablit le drainage lymphatique, tandis que l'excitation directe du foyer inflammatoire est souvent plus irritante qu'utile.

A quels éléments anatomiques appartient cette rétractilité neurotonique des tissus interstitiels ? Certes, elle n'est pas la simple élasticité du tissu connectif et l'assimiler à l'enraidissement ischémique semble difficile. La sympathectomie périartérielle, l'activation réflexothérapique de la circulation sanguine peuvent bien gonfler et réchauffer le territoire ischémié, mais n'y suppriment pas toujours l'enraidissement qui cède à la réflexothérapie de détente.

La cellulite, ordinairement pâle et froide, est parfois chaude, et congestive ; certains gonflements congestifs sont sujets à de brusques enraidissements, dont la détente est aussi nécessaire que la vaso-constriction pour produire l'amélioration souhaitée. Enfin, certains œdèmes blancs par vaso-constrictions s'accompagnent d'un gonflement induré par la rétraction tissulaire, comme dans la papule urticarienne, le dermographisme blanc, certains œdèmes blancs physiopathiques, ou ceux de l'asphyxie locale des extrémités.

Dans tous les enraidissements cellulitiques, la réflexothérapie de détente dépiste l'engorgement lymphatique, alors qu'il échappe au simple palper. Dans quelques interstices profonds, nos doigts rencontrent

une traînée d'induration particulièrement intense. La détente y fait apparaître une pulsatilité artérielle, autour de laquelle l'enraidissement forme un véritable fourreau, qui s'effrite sous les doigts. Alors disparaît l'excitation artérielle et l'enraidissement cède dans toute la région voisine. Il suffit donc qu'une gaine lymphatique accolée à un paquet vasculo-nerveux, même minuscule, irrite le sympathique périartériel pour provoquer un enraidissement étendu et tenace, avec, à la moindre irritation, des troubles vaso-moteurs, qu'accompagne une crise de surréflectivité vago-sympathique, locale ou généralisée à tous les enraidissements même éloignés. Les nerfs sensitifs et moteurs étreints par le spasme tissulaire réagissent eux aussi. Enfin, cet engorgement des lymphatiques périvasculaires cause une stase lymphatique étendue, et des dilatations veineuses, aux régions atteintes de périphlébite cellulitique. La détente tissulaire est le seul moyen de réduire tous ces troubles. A l'inverse, de volumineuses adénopathies sous-cutanées demeurent peu irritantes, tant qu'elles épargnent le sympathique.

Ces constatations éclairent d'un jour nouveau l'interprétation des troubles satellites de la cellulite, et expliquent comment la cellulite, même localisée au début, tend à se généraliser, pour devenir une véritable maladie, qui n'abrège pas l'existence, mais l'encombre de crises irritatives, avec une gêne permanente des organes et appareils. Etreints par l'enraidissement mal irrigués, imbibés d'une lymphe nocive insuffisamment renouvelée, viscères, muscles, système nerveux fonctionnent péniblement, au ralenti, tant que persiste la cellulite.

II. — *Interprétation des troubles morbides satellites de la cellulite. Déductions thérapeutiques*

Le symptôme dominant est la douleur, imprécice, indéfinissable, avec d'incessantes variations de siège et d'intensité, elle semble intolérable, moins par son intensité qu'en raison du nervosisme qui l'accompagne.

Voici ses principales modalités : meurtrissure locale, sensation contusive au moindre contact indiquent l'irritation tissulaire. Piqûres d'aiguille, élancements migrateurs, indiquent la mobilisation de l'exsudat. Crises de nervosisme algique avec sueurs, horripilation, agitation, angoisse avec rétraction étreignant gorge et épigastre indiquent l'irritation généralisée à tous les réflexes neuro-végétatifs. Un spasme resserrant la cage thoracique ajoute, souvent, la dyspnée ; la gêne précordiale, avec palpitations et, même arythmie, coïncide avec la rétraction des espaces intercostaux dans la région précordiale. La douleur cuisante, dite causalgie, coïncide souvent avec la congestion chaude au palper. D'autres fois, on ne constate objectivement qu'un gonflement pâle, dur, et sans chaleur. Le froid intense avec frissons, annonçant la mobilisation de lymphe nocive, est souvent en désaccord avec la chaleur objectivement constatée au même point. Parfois apparaît un prurit localisé aux régions congestives avec, à chaque crise prurigineuse, spasme tissulaire dont la détente apaise la crise.

Les points douloureux peuvent être objectivement repérés, car ils coïncident avec des grains cellulitiques indurés par le spasme tissulaire. La main, frôlant le tégument, les cherche aux régions enraidies et rétractées : c'est au fond des creux de rétraction que le doigt rencontre un grain, isolé, formant comme un bouton de capiton, souvent minuscule, ou bien une traînée lymphangitique. Aux variations du spasme rétractile, objectivement constatées, correspondent fidèlement celles de la douleur. Une sensation de détente agréable, avec fourmillements et épanouissement des chairs, remplace la douleur dès que cède le spasme algogène. En même temps, indurations et exsudats disparaissent, la cellulite s'efface, rendant aux chairs leur souplesse normale.

Les algies cellulitiques n'ont, d'ordinaire, d'autre systématisation que celle de la cellulite, et l'épithète de topoalgie leur est, alors, applicable. Mais, si le spasme tissulaire étreint un tronc nerveux sensitif ou une racine, la douleur devient névralgie ou plexalgie avec hyperthésie cutanée. Pendant les crises, occupant, comme le spasme, un territoire névritique ou radiculaire, la constatation d'hypoesthésie, d'aréflexie tendineuse, d'amyotrophies, montre qu'à l'irritation fonctionnelle cellulitique s'ajoutent des lésions organiques.

L'action irritante du spasme tissulaire étreignant un élément nerveux est évidente lorsqu'il s'agit d'un nerf moteur, car, ici, la contracture musculaire est le test objectif de l'irritation nerveuse. En présence de muscles sujets à la crampe, explorons leurs pédicules vasculo-nerveux. Si nos doigts y rencontrent les bosselures irrégulières de la cellulite, toute irritation détermine d'abord le spasme tissulaire, puis, la crampe musculaire, qui s'apaise dès détente du spasme tissulaire. La disparition des grains cellulitiques guérit définitivement la crampe.

Lors des spasmes de torsion, avec tiraillements articulaires, tassement et désalignement des vertèbres, aux régions atteintes de rigidité ou de contracture, le spasme tissulaire est manifeste à chaque paroxysme. Souvent, alors, il précède la contracture musculaire, qu'apaise sa détente. Ceci fait mieux comprendre l'action algogène du spasme tissulaire, s'il excite un élément nerveux sensitif. De même, agit-il vis-à-vis de l'innervation vago-sympathique et nous comprenons ainsi comment la cellulite peut déterminer le déséquilibre des réactions neuro-végétatives, comment le spasme tissulaire est responsable des crises de nervosisme qu'il accompagne, et pourquoi sa détente est, souvent si efficace vis-à-vis des manifestations les plus diverses de l'irritation nerveuse, physique ou mentale.

Voici les principales modalités régionales, d'observation courante :

Douleurs cranio-faciales : épicranie douloureuse par rétraction du cuir chevelu sur placards cellulitiques diffus ou localisés aux scissures osseuses. Névralgies occipitales ou sur les branches du trijumeau, par nodules cellulitiques à rechercher surtout à l'émergence des conduits osseux, où ils se présentent comme

des saillies dures, de consistance osseuse, mais réductibles par détente tissulaire. Périartérite congestive avec nodosités algogènes périvasculaires, le long des carotides, des temporales, des artères frontales. Placards congestifs cervico-craniaux, douloureusement enraidis à chaque crise rétractile; bouffissures molles en poches aux paupières et aux joues, gonflement diffus de la nuque avec bourdonnement d'oreilles, fatigabilité visuelle et cérébrale, tristesse, neurasthénie et endolorissement des mouvements de la tête par enraidissement. Tics et torticolis douloureux par engorgement des lymphatiques interscaléniques. Enraidissement rétractile des ceintures scapulo-thoracique et pelvienne avec œdèmes symétriques, et, dans les membres correspondants, périarthrites rhumatoïdes, gonflement des synoviales articulaires et tendineuses, troubles vasculaires et lymphatiques, algies et signes de névrites. Algies thoraco-abdominales, sous forme de points de Valleix, de névralgies par traînées cellulitiques jalonnant les trajets nerveux ou bien irritant racines et nerfs à leur émergence du rachis. Rétractions thoraciques diverses, surtout aux insertions diaphragmatiques, déviations rachidiennes par rétractions périrachidiennes. Cellulite ligneuse interscapulaire, causée par toutes les affections viscérales, la fatigue, certains traumatismes.

Périaortite, périviscérites thoraco-abdominales. Enraidissement sus et sous-hépatique diffusant vers le médiastin et les mésos avec solarite, crises biliaires, troubles médiastinaux. La propagation aux parois thoraco-abdominales cause les rétractions thoraciques dyspnéisantes et gênant le cœur ; lombagos, ventre en bois. Les troubles abdominaux relèvent de la solarité et de l'irritation des plexus pelviens, avec crises congestives accompagnées de gonflements gazeux, crises spasmodiques douloureuses des divers viscères, rétractions périviscérales algogènes.

La cellulite pelvienne se traduit objectivement par des gonflements congestifs et œdémateux, des rétractions tissulaires massives qui rétractent l'ensemble des viscères contre les parois pelviennes.

La douglassite rétractile, souvent d'aspect ligneux, s'accompagne de flexions et torsions utéro-salpingiennes. Les côlons semblent épaissis en raison des infiltrats qui les entourent, avec engorgements des diverses chaînes lymphatiques, gonflements congestifs et œdémateux, engorgements et enraidissements rétractiles se retrouvent autour des paquets vasculo-nerveux ilio-pelviens, avec enraidissement diffus des tissus inguino-fémoraux et sacro-iliaques.

Aux membres, tout foyer infectieux, tout traumatisme, occasionne soit l'inflammation, soit une cellulite extensive avec adéno-lymphangite ascendante d'allure parfois causalgique. Atteignant la racine des membres, la cellulite continue à s'étendre et gagne les régions voisines jusqu'au côté opposé. Un mélange de stase veino-lymphatique, de congestion, de cellulite algogène, d'enraidissements rhumatoïdes, se rencontre surtout aux membres inférieurs, avec, comme cause, soit une périviscérite abdomino-pelvienne, soit une irritation périphérique extensive.

D'abord localisée, la cellulite se généralise par extension à chaque irritation nouvelle, ou par addition de causes morbides diverses. Toute excitation nouvelle

réveille spasmes tissulaires et crises irritatives en tous les points occupés par la cellulite. C'est ainsi que tant de crises viscérales s'accompagnent de douleurs cervico-céphaliques ou que l'irritation de la cellulite à la base du cou provoque troubles viscéraux et douleurs ou crises congestives localisées de façon souvent inattendue.

Toujours due à la congestion exsudative, la cellulite, une fois constituée, ne cède qu'à la détente de l'hypertonie tissulaire et au rétablissement du drainage lymphatique. D'abord, s'effacent les localisations secondaires, les foyers originels offrant une résistance plus grande, finissent par persister seuls, ce qui permet souvent de reconnaître l'origine du processus morbide.

Le traitement de la cellulite a donc pour objectif de rétablir le cours de la lymphe et d'acheminer vers le sang des veines sous-clavières, les exsudats nocifs. S'il n'en résulte aucun trouble indice de toxémie ou de septicémie, le résultat est une véritable désensibilisation de l'organisme avec disparition de l'irritation et de la gêne des organes et appareils tant que la cellulite ne se reproduit pas. Si elle survivait à une cause morbide éteinte, un véritable rajeunissement est à espérer.

Si la cause morbide reste en activité, l'auto-immunisation est plus difficile. Fièvre et phénomènes infectieux font rechercher une pullulation microbienne : colibacillose, petites infections des cavités faciales, ou des voies génitales, tuberculose torpide, qui, respectant les viscères, atteint surtout l'appareil conjonctivo-lymphatique et cède alors si bien à l'antigène méthylique.

Souvent aussi, les signes de dysendocrinie attirent l'attention vers l'insuffisance thyroïdienne. Les recrudescences prémenstruelles diminuent par activation des fonctions ovariennes ; ailleurs, l'opothérapie spermatique est un adjuvant précieux. Enfin, la constatation d'une poussée de congestion exsudative à chaque digestion, surtout nocturne, avec insomnie du milieu de la nuit, font rechercher les petits signes de dysfonction hépato-digestive. Mais, si cette dysfonction est presque constante dans la maladie cellulitique, si régime et traitement des troubles hépato-digestifs sont indispensables, l'amélioration n'est guère obtenue sans traitement physiothérapique.

De ces notions se dégagent les conclusions suivantes :

1° Les indurations qui, sous forme de placards ou de nodosités caractérisent la cellulite sont constituées par la rétraction hypertonique des tissus interstitiels étreignant un exsudat intégré à la lymphe, qu'elles fixent sur place.

Régie par l'innervation vago-sympathique, la rétractilité tissulaire répond à toute excitation neuro-humorale d'une manière propre à chacun suivant la réflectivité individuelle.

Le traitement préventif de la cellulite a pour objectif la congestion exsudative. Révulsifs, vaccins, opothérapie, médications des troubles hépato-digestifs, traitement des états infectieux ou des perturbations de la nutrition en sont les différents moyens.

La cellulite, une fois constituée, ne peut céder qu'au rétablissement du drainage lymphatique par levée des barrages rétractiles et des engorgements lymphatiques.

La guérison ne peut être complète tant que persistent les points réflexogènes, dont la moindre irritation réveille congestion exsudative et spasmes rétractiles, créant ainsi un véritable cercle infernal dans lequel la cellulite s'entretient elle-même, et s'étend jusqu'à devenir un état morbide chronique, alors que ses causes sont éteintes ou latentes. Presque toujours, les points réflexogènes sont constitués par l'engorgement de lymphatiques même minimes, accolés à un paquet vasculo-nerveux ou à un ganglion vago-sympathique. Tout gonflement ou spasme y détermine une crise irritative avec douleurs, spasmes musculo-tissulaires, excitation désordonnée de tous les réflexes vago-sympatiques.

2° La détente de l'hypertonie tissulaire représente alors le traitement curatif de la cellulite. Les mouvements capables de mobiliser les enraidissements, et le massage, utiles seulement dans la mesure où ils ne sont pas irritants, ne suffisent pas à tout, et n'atteignent guère les engorgements profonds. La réflexothérapie de détente manuelle, aidée des ressources de la physiothérapie moderne, est d'une efficacité incontestablement supérieure.

L'action de la réflexothérapie est considérablement augmentée par l'association de tout ce qui peut modifier favorablement les réactions neuro-vasculo-tissulaires.

Ainsi agissent les médicaments qui, par détente de la rétractilité tissulaire, suppriment momentanément fatigue et courbature, les excitations électriques transmises par induction, de manière à éviter toute irritation sensitive ou motrice, en amplifiant l'action de détente tissulaire. D'autres excitations utiles sont fournies par d'innombrables substances qui agissent en applications sur le tégument ou dont l'effet peut être capté par bobinages à fils croisés, et transmis au malade à l'aide d'électrodes. Sur le circuit en connexion avec le sujet, peut être intercalé un dispositif d'accord modulateur des réactions à rééquilibrer. Enfin, les ondes hertziennes de longueur d'onde convenable agissent à volonté, soit sur la vaso-motricité, soit sur la rétractilité tissulaire, et cette action se combine fort heureusement avec les excitants indiqués ci-dessus.

Ainsi renforcée, la réflexothérapie de détente moins irritante et plus efficace parvient à débarrasssr l'organisme de la maladie cellulitique autant qu'elle n'est pas rendue incurable par un trouble humoral ou une irritation nerveuse complètement irréductible.

La formation des infirmières, par le Dr Arlette Butavand, préface de Jean Lépine. Un vol. de 184 pages. Prix : 45 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1938.

Traité de biocolloïdologie, tome V, Etat colloïdal et médecine, fascicule II, *Liquides et Tissus organiques* (avec 371 tables de données numériques, 121 figures dans le texte et 30 figures en couleurs hors texte), par W. Kopaczewsky. Un vol. de 298 pages. Chez Gauthier-Villars, à Paris, 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juillet 1939

Les pièges de la chirurgie. — M. Emile Forgue, professeur honoraire de clinique chirurgicale, à la Faculté de Montpellier et membre de l'Académie, fait par l'organe de M. Antonin Gosset, hommage à l'Académie d'un ouvrage qu'il vient de publier en collaboration avec M. A. Aimes. Nous rendrons prochainement compte de ce magistral volume qui a pour titre : *Les pièges de la chirurgie en diagnostic et thérapeutique. Erreurs et fautes ou faits présumés tels. Conditions et limites de la responsabilité.*

Sur la structure antigénique des bacilles tuberculeux humains et bovins. — M. W. Schaefer.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 25 juillet 1939

Rapport de la Commission de déclaration des causes de décès. — M. Tanon donne les conclusions de la Commission instituée par l'Académie en vue d'assurer l'exactitude des déclarations de décès, et d'obtenir ainsi des statistiques exactes. Un premier projet de loi lui avait été transmis il y a un an par le ministre de la Santé publique, à titre consultatif, mais ne semblait pas garantir suffisamment le secret profesionnel. Il avait en plus l'inconvénient de forcer les communes, même très petites à avoir un médecin de l'état civil. Un nouveau projet de loi lui a été soumis. La cause de la mort ne pourra être communiquée qu'au médecin inspecteur départemental, par le médecin qui aura soigné le malade. Le diagnostic sera inscrit dans la statistique à titre impersonnel. Le secret médical se trouvera ainsi respecté. La Commission propose de donner un avis favorable à cet avant-projet de loi qui sera complété par un règlement d'administration publique.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Les principes de base du traitement d'urgence à l'adrénaline. — MM. Danielopolu et Marcu. — L'adrénaline est un médicament très précieux dans la thérapeutique du collapsus circulatoire aigu et dans la syncope cardiaque. Mais à côté des cas heureux, on enregistre de nombreux échecs.

Reprenant la question dans son ensemble, M. Danielopolu pense que l'on peut renforcer l'action de l'adrénaline en tenant compte :

1° De la nécessité de faire précéder les injections d'adrénaline par une injection d'atropine dans le but de rendre ce médicament exclusivement sympathomimétique ;

2° De l'avantage des doses répétées d'adrénaline à des intervalles de temps qui permettent la production du phénomène de sensibilisation.

Dans le collapsus circulatoire aigu, on devrait commencer par une injection intraveineuse de 1/2 milligramme de sulfate d'atropine suivie de plusieurs injections intraveineuses d'adrénaline à quelques minutes d'intervalle (dose : commencer par 1/100 de milligramme d'adrénaline et augmenter progressivement. Dans le courant du traitement, répéter encore une fois l'injection de 1/2 milligramme d'atropine).

Dans la syncope cardiaque, commencer par une injection intracardiaque de 1/2 milligramme d'atropine.

A travers la même aiguille, injecter ensuite 1 milligramme d'adrénaline dans la cavité et un second milligramme en retirant l'aiguille.

En cas d'échec, recommencer : 1/2 milligramme d'atropine et ensuite 2 milligrammes d'adrénaline suivant la même technique.

Les constatations d'autopsies faites par plusieurs auteurs dans des cas d'échec du traitement intracardiaque démontrent que la piqûre du cœur, même répétée plusieurs fois, n'occasionne jamais des blessures importantes de l'organe.

La feuille d'olivier. — M. Perrot présente une note de MM. A. Daniel-Brunet et Oliviero qui, étudiant la composition chimique et la valeur thérapeutique de la feuille de l'olivier, signalent entre autres constituants connus, un stéroléoside nouveau qui est sans doute la principale substance active.

L'extrait total, non toxique, est doué d'une forte action hypotensive due à une vasodilatation périphérique et non à une dépression cardiaque; il possède une action vagolytique, il est sans effet sur le système nerveux sympathique et n'a aucune action sur le système respiratoire.

Quelques aspects de la circulation rétinienne. — M. Bailliart. — Les perfectionnements modernes de l'examen anatomique et fonctionnel du réseau rétinien peuvent donner au médecin, autant qu'à l'ophtalmologiste, de précieux renseignements; à suivre les modifications tensionnelles, de l'entrée à la sortie des vaisseaux rétiniens, on s'explique les réactions des petits vaisseaux dans les troubles de la pression générale, et leur importance pour la nutrition des tissus.

Eau de la Bourboule et bronchospasme expérimental. — MM. Pierret et Burtein. (Présentation faite par M. Binet.)

Rapport entre la conductivité et les essais physiologiques des solutions des arsenicaux trivalents. — M. Antoine et Mlle Régnier.

Vacances. — L'Académie entre en vacances et reprendra ses séances le premier mardi d'octobre.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

Séance du 20 juin 1939

Deux cas d'emphysème médiastinal et sous-cutané au cours de la rougeole. — MM. Marquézy, Mlle Ladet, MM. Perrot et Vialatte rapportent deux cas de cette complication exceptionnelle de la rougeole, survenus tous deux chez des sujets atteints d'une toux opiniâtre et ayant évolué l'un et l'autre vers la guérison.

Lithiase réno-pyélo-urétérale chez un enfant de 3 ans. Opération. — Guérison. — MM. Lereboullet, Boppe, Marcel et Bernard ont fait chez un enfant de 3 ans, atteint de pyurie le diagnostic de lithiase urinaire grâce à la radiographie et à l'urographie intraveineuse. Des interventions chirurgicales successives permirent d'extraire un volumineux calcul du bassinet gauche, des calculs urétéraux du même côté, puis une série de calculs rénaux du côté droit. Ces interventions furent bien supportées dans l'ensemble malgré des phénomènes de shock parfois impressionnants. L'enfant peut être actuellement considéré comme guéri ; il conserve cependant une pyurie permanente et le pronostic lointain doit être réservé en raison de grosses anomalies urétérales, décelées au cours de l'intervention.

Néphrite chronique. — Arrêt du développement chez un nourrisson de 3 mois. — Origine saturnine congénitale probable. — M. Weill Hallé et Mme Loewe-Lyon rapportent l'observation d'une enfant de 3 mois atteinte de néphrite chronique azotémique, avec hypotrophie pondérale considérable. La seule cause que l'on puisse invoquer à la base de cette insuffisance rénale est une intoxication saturnine aiguë présentée par la mère au cours de la gestation. Du point de vue nosologique, il semble logique de rapprocher ce syndrome rénal avec troubles du développement du nanisme rénal.

A propos de quelques cas de choléra infantile guéris par un traitement simple. — M. G. Lefebvre s'appuyant sur l'état d'acidose habituel dans le choléra infantile et sur l'abaissement extrême du pH fécal (facilement mis en évidence par le simple virage du papier tournesol) insiste sur l'intérêt d'une méthode à la fois simple et qui tient compte de ces données physico-chimiques indispensables à connaître : à savoir l'utilisation systématique et à haute dose du sérum glucosé par voie sous-cutanée et l'administration d'une eau alcaline par voie digestive. Il apporte à l'appui de cette méthode cinq observations réellement frappantes de guérison franchement inespérées.

Deux cas de tumeur hypophysaire chez l'enfant. — M. G. Lefebvre rapporte deux observations dont l'une, relativement classique, concerne un nourrisson de 22 mois porteur d'une tumeur hypophysaire facilement mise en évidence par des signes cliniques et radiologiques indiscutables d'hypertension intracrânienne, coïncidant avec une hypertrophie staturale rapide et l'apparition de signes oculaires patents. L'autre observation est celle d'une tumeur de l'hypophyse rigoureusement latente et qui ne se signala que par un rire spasmodique survenant chez un garçon de 12 ans, normal dans ses formes et dans ses dimensions et ne présentant qu'un léger degré d'hypogénitalisme, sans aucun signe d'hypertension intracrâinenne, ni aucun signe oculaire ; la radiographie du crâne met seule en évidence l'existence de la tumeur hypophysaire. Le traitement radiothérapique entraîne une évolution jusqu'ici favorable.

Syndrome de Cushing datant de 3 ans chez une fillette de 12 ans. M. G. Lefebvre rapporte l'observation d'un syndrome de Cushing installé à la suite d'oreillons vers l'âge de 9 ans, se traduisant par une obésité facio-tronculaire avec visage violacé (pomme de Canada), un ventre énorme pseudo-gravidique, des vergetures, une hypertrichose vulvaire et sacrée, un fin duvet facial, une aménorrhée absolue, une hypertension artérielle considérable (21-27) au brassard d'adulte, une ostéoporose vertébrale avec cyphose cervico-dorsale et dorso-lombaire douloureuse, un tassement de la taille. L'examen oculaire et la radio du crâne sont négatifs. Le traitement radiothérapique hypophysaire et surrénalien est en cours.

Un cas de sclérodermie lentement progressive. — MM. E. Deglos et Fr. Saint-Girons présentent une fillette de 11 ans et demi chez qui, dès la fin de la première année, on a remarqué un placard de sclérodermie au niveau et au-dessous de l'aine droite. Progressivement sont apparues d'autres lésions : *a*) à type sclérodermique pur ; *b*) quelques-unes rappelant la morphée par une légère coloration lilas du pourtour ; *c*) certaines plaques très achromiques rappellent les taches de vitiligo. Récemment, des lésions sclérodermiques ont débuté au niveau du dos, des deux pieds, après une légère infiltration œdémateuse.

Angiomatose hémorragique. — MM. J. Huber, Lièvre et P. Lajouanine étudient un cas d'angiomatose hémorragique de Rendu-Osler, chez une fillette de 7 ans, diagnostic fait de façon relativement précoce car les angiomes qui caractérisent l'affection ne se développent d'ordinaire, en dépit de leur origine congénitale, qu'au cours de l'âge adulte. Ici, le diagnostic fut présumé sur le groupement spécial des naevi (les uns pigmentaires, les autres vasculaire) autour de l'orifice buccal. On vérifia qu'il existait effectivement des angiomes des muqueuses jugales et pituitaires et la radioscopie de l'estomac en couche mince décela une tumeur gastrique qui ne pouvait être qu'un angiome. Il n'existait encore que des accidents hémorragiques bénins (quelques épitaxis, gingivorragies, une hémorragie rectale de sang rouge) mais le pronostic de tels cas doit être réservé. Les auteurs envisagent les mesures thérapeutiques capables d'influencer la marche ordinairement progressive de l'affection.

Maladie collodionnée. — M. Coffin présente un nourrisson de 3 semaines qui donnait à la naissance l'impression d'avoir été plongé dans un bain de collodion. Cette peau anormale desquame et est remplacée par un épiderme d'aspect absolument normal. Il discute les rapports qui unissent à l'ichtyose cette curieuse affection.

Erythème induré de Bazin. — Origine endocrinienne probable. — MM. Weill-Hallé et A. Abaza présentent une jeune fille de 16 ans, vaccinée au B. C. G., par voie sous-cutanée, à l'âge de 13 ans et demi. La vaccination fut suivie d'une allergie tuberculinique faible et transitoire. Deux ans après, apparut un érythème induré de Bazin typique, avec réactions tuberculiniques négatives et disparaissant en 6 semaines à la suite d'un traitement opothérapique thyroïdien.

Les auteurs soulignent ici une susceptibilité familiale du revêtement cutané, la sœur de la malade ayant eu, trois ans plus tôt, un érythème noueux tuberculeux.

Malformation cardiaque. — MM. L. Babonneix et J. Horeau présentent le cœur d'un nourrisson de 7 semaines atteint de maladie de Roger. Dans le cœur, la cloison interventriculaire était presque absente, réduite à un mince pont transversal.

Séance du 4 juillet 1939

Lacunes crâniennes congénitales. — M. Marquézy, Mlle Ladet et M. di Matteo et Hacker.

Pneumococcémie ayant débuté le 7e jour de la vie. — Traitement par le 693. — Mort. — Mlles Delon et Giret.

Syndromes malins tardifs de la diphtérie ayant évolué au delà du 52e jour. — MM. Giraud, Provensal et Lumbroso rapportent trois cas de syndromes malins survenus au cours de diphtéries sévères : deux ont évolué vers la mort au 54e et au 60e jour ; le troisième a guéri le 59e jour. L'évolution de ces accidents peut donc se prolonger au delà du terme classique de 52 jours et il semble que le traitement par l'anatoxine et la strychnine puisse prévenir de pareilles évolutions tardives.

Maladie de Still. — MM. Chapsal et Suquet ont observé chez une fillette de 9 ans, un cas typique de maladie de Still, qui a débuté comme un rhumatisme articulaire aigu ; puis, sont apparues les déformations articulaires, la fièvre, la splénomégalie et enfin les adénopathies. Les troubles articulaires varient peu alors que les autres symptômes évoluent par poussées successives entrecoupées de rémissions.

Sur 21 cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques. — M. Arondel (de Nantes).

Un cas de lithiase urinaire chez un nourrisson. — Mlle Chapelo.

Péricardite scarlatineuse. — MM. Cathala, Martrou et Gros rapportent l'observation d'une enfant de 10 ans qui fit au 15e jour d'une scarlatine fruste, compliquée de quelques arthropathies, une péricardite ayant réagi favorablement au traitement salicylé. Ils se demandent s'il s'agit d'une manifestation propre à la scarlatine ou d'une maladie de Bouillaud venue la compliquer.

Ictère infectieux chez un enfant de 25 jours. — MM. Cathala et Ortholan ont vu apparaître chez un enfant soumis à l'allaitement maternel, au 25e jour de la vie, après une lymphangite du sein, un ictère intense avec selles hypercolorées. L'enfant guérit malgré l'apparition d'un état de dénutrition intense à type hypotreptique ayant persisté plusieurs semaines.

Les laits fermentés par le bacille acidophilus dans le traitement des diarrhées du nourrisson. — MM. H. Grenet, Mlle de Pfeffel, MM. Isaac-Georges et A. Wimphen signalent l'impression franchement favorable qu'ils ont eu de leurs premiers essais de traitement par le bacille acidophilus de diarrhées du nourrisson de gravité diverses. Ils soulignent la nécessité d'administrer le ferment à des doses massives, sous forme de lait ou de babeurre fermenté, qui doit pendant quelques jours constituer toute l'alimentation de l'enfant.

Emploi des laits fermentés par le streptocoque lactique ou par le bacille acidophile dans le traitement des gastro-entérites infantiles. — M. Guillemot et Mme C. Ieramec ont traité avec succès des diarrhées infantiles par du lait centrifugé et acidifié soit par le streptocoque lactique, soit par le bacille acidophile, avec des résultats équivalents. Le premier est peut-être un peu mieux toléré. Ils insistent, d'autre part, sur le mode d'action de cet aliment médicament.

Hernie diaphragmatique droite à forme anémique. — MM. H. Grenet, P. Isaac-Georges et Combes-Hamelle rapportent l'observation d'un enfant entré à l'hôpital pour anémie grave avec diminution considérable du nombre de globules rouges (1.755.000) et de la valeur globulaire (0,5 %), sans modifications importantes de la formule leucocytaire, sans altération de la moelle osseuse.

Dix-huit mois auparavant, l'enfant avait déjà subi une crise grave d'anémie. Au cours des divers examens, on constate une image hydro-aérique de la base droite et l'on fut frappé par le fait que cette image variait au cours des explorations successives. Dès lors, le diagnostic de hernie diaphragmatique devenait vraisemblable et fut confirmé par l'examen radiologique après repas baryté : on constata dans l'hémithorax droit, au-dessus du diaphragme, la présence de l'estomac dont l'aspect était normal, à cela près qu'il paraissait inversé, la grande courbure étant à droite et le pylore regardant à gauche.

La guérison survint après traitement anti-anémique banal.

Affection dégénérative systématisée des protoneurones moteurs et sensitivosensoriels simulant le sclérose latérale amyotrophique. — MM. Lelong, I. Bertrand et J. Lereboullet rapportent la suite de l'observation présentée par MM. Lelong, J. Lereboullet et F. P. Merklen en 1932. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans qui présenta une quadriplégie progressive avec amyotrophie considérable, réalisant un tableau pseudo-polynévritique contrastant avec l'exagération des réflexes tendineux. A ce syndrome s'étaient associés d'importants symptômes bulbaires, une atteinte profonde de la 8e paire, puis une atrophie optique. La malade se cachectisa et succomba à une pleurésie purulente. L'autopsie montra une dégénérescence systématisée portant sur les voies spino-cérébelleuses et la plus grande partie du faisceau antérolatéral, à l'exception de la voie pyramidale et une atrophie des cornes motrices ; les lésions étaient étendues dans le tronc cérébral au faisceau central de la calotte. Les auteurs rapprochent ces lésions de celles qu'on observe dans l'hérédoataxie cérébelleuse et soulignent la curieuse coexistence d'une atteinte des protoneurones sensitivo-sensoriels, comme on l'observe dans la sclérose latérale amyotrophique.

Purpura abdominal et invagination. — MM. Huber, Lièvre et Mme Neret rapportent l'observation d'un enfant de 6 ans, atteint de purpura rhumatoïde, compliqué d'emblée de selles sanglantes qui fut atteint, secondairement, d'une invagination intestinale ayant entraîné la mort. Ils discutent les éléments sur lesquels aurait pu être basé un diagostic précoce permettant en temps voulu l'intervention chirurgicale.

Un nouveau cas de levulosurie. — MM. Huber, Lièvre et Lajouanine.

Méningite séreuse postérieure pseudo-tumorale. — Drainage (opération d'Ody). — Guérison. — MM. P. Giraud, M. Salmon, Paillas et Jean Provensal (de Marseille).

Diagnostic des mastoïdites aiguës par la ponction de l'antre. — MM. Grenet, Lallemant, Lhirondel et Boelle.

PRATIQUE MÉDICALE

L'Ecole de plein air cure de désintoxication et de rééducation alimentaire

par le docteur J. Bénech

Directeur du Service Municipal de Médecine et d'Hygiène de la ville de Nancy (1)

Les cas d'hypovitaminoses C sont excessivement fréquents aussi bien chez les adultes que chez les femmes enceintes, les nourrices, les enfants, surtout les nourrissons, les surmenés, les convalescents et toutes les personnes en puissance de carie dentaire ; c'est pourquoi il est utile de déceler le déficit en vitamine C (dichlorophénol-indophénol) et d'administrer ensuite la laroscorbine sous forme de comprimés à la dose de 1 à 3 par jour et d'ampoules par voie sous-cutanée et même endoveineuse (1 à 2 par jour).

L'auteur, qui est à la tête d'un service très important d'hygiène et de médecine, a eu l'occasion justement d'appliquer cette technique aux élèves de l'Ecole de Plein Air de la ville de Nancy et il insiste tout particulièrement sur l'utilité incontestable de l'administration de cette vitamine C ou laroscorbine ; dans d'autres cas, le nestrovit qui représente les 4 vitamines essentielles A, B1, C, D et dans certains cas même un complexe de tryptophane et d'histidine et de globines cuprique, ferrique et manganique (globinofer) lui ont donné d'excellents résultats. Cette technique bien suivie lui a donné dans tous les cas, chez les enfants comme chez les nombreux adultes qu'il a eu à soigner, des effets véritablement surprenants au point de vue des forces, du mieux-être général et de l'amélioration vraiment caractéristique de la tendance à toutes les formes de dystrophie et de carie dentaire.

(1) *Revue d'Hygiène et de Médecine Sociales*, Nancy-Paris, avril 1938.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF SCIATIQUE POPLITE EXTERNE

Anatomie. — Physiologie

Le nerf sciatique poplité externe est la branche de division externe du grand sciatique. Il est plus grêle que le sciatique poplité interne. Arrondi à son origine, il s'aplatit à sa terminaison avant de se diviser en ses deux branches terminales. C'est un nerf mixte à la fois moteur et sensitif.

ORIGINE

Dans la très grande majorité des cas, il naît au niveau de l'angle supérieur du losange poplité, en dedans du biceps, en dehors et au-dessous du demi membraneux.

Assez fréquemment la division se fait plus haut, soit à la face postérieure de la cuisse, soit même dans le bassin, et dans ce cas le sciatique poplité externe ne donnerait que le nerf du court biceps, le sciatique poplité interne donnant les autres branches du sciatique.

La division tardive est exceptionnelle.

TRAJET

Tandis que le sciatique poplité interne continue la direction du grand sciatique et constitue l'axe du creux poplité, le sciatique poplité externe se porte en bas et en dehors, longeant la berge supérieure et externe de la région poplitée constituée par le tendon du biceps. Il atteint ainsi la tête du péroné, contourne son col pour pénétrer dans la loge externe de la jambe, où il se divise en ses deux branches terminales : le tibial antérieur et le musculo-cutané.

RAPPORTS

Il faut donc étudier le S. P. E. :
— dans le creux poplité ;
— au niveau de l'extrémité supérieure du péroné.

I. — Dans le creux poplité.

Le S. P. E. est d'abord situé en dedans du *tendon du biceps*, en dehors du *demi-membraneux*, dont les fibres les plus externes le recouvrent en partie.

En avant il est séparé de la *surface poplitée du fémur* par une abondante couche de graisse dans laquelle chemine, oblique en haut et en dehors, l'*artère articulaire supérieure et externe* qui passe au-dessus du condyle externe et des insertions du jumeau externe et du plantaire grêle.

Cette partie supérieure du creux poplité est recouverte par l'aponévrose superficielle, la peau et son tissu cellulaire dans lequel monte la *veine fémoro poplitée*.

Le S. P. E. n'a que des rapports médiats avec les organes contenus dans le creux poplité. Le *sciatique poplité interne* s'écarte en formant un angle aigu, et ayant à son bord interne, mais non encore en contact avec lui, la veine poplitée qui est sur le bord postéro-externe de l'artère poplitée.

Puis continuant son trajet en bas et en dehors, toujours accolé au tendon du biceps, le nerf surcroise le bord interne du *jumeau externe*, puis sa face postérieure, pour atteindre son bord externe. Il est ainsi séparé par ce muscle du *condyle externe* et de sa coque fibreuse articulaire où vient s'étaler le ligament poplité oblique, puis plus bas de l'interligne articulaire du genou avec le ligament poplité arqué entre les faisceaux duquel apparaît le muscle poplité. Au moment où il quitte le bord du jumeau externe, le S. P. E. surcroise l'*artère articulaire inférieure et externe* qui contourne le muscle poplité avant d'aller s'engager sous le ligament latéral externe.

II. — Au niveau de l'extrémité supérieure du péroné.

Le S. P. E. atteint alors la face postérieure de l'*articulation péronéo-tibiale supérieure* et va cheminer sur la face postérieure du chef péronier du *muscle soléaire* qui le sépare du bord postérieur de la tête du péroné. Son trajet en dehors l'amène bientôt au bord externe de ce dernier muscle et il atteint enfin la *cloison intermusculaire* fixée au bord externe du péroné, cloison qui sépare les muscles de la loge postérieure des muscles de la loge externe.

Dans ce dernier trajet le nerf est encore recouvert par l'aponévrose superficielle, la peau et son tissu cellulaire sous-cutané dans lequel cheminent des branches du nerf cutané postérieur de la cuisse.

C'est à travers un orifice ostéo-fibreux que le nerf franchit la cloison intermusculaire externe pour venir déboucher dans la loge péronière. Il est directement appliqué contre le *bord externe du péroné* (fracture, découverte opératoire) et la cloison forme là une arcade résistante. Puis, s'aplatissant pour bientôt se diviser, le S. P. E. s'engage sous le chef supérieur ou épiphysaire du *long péronier latéral*, laissant au-dessous de lui les deux chefs inférieurs ou diaphysaires.

Signalons enfin qu'au cours de son trajet le nerf est accompagné par une artériole qui naîtrait soit de l'articulaire supérieure et externe, soit de la poplitée, et qui comme lui se divise en deux branches : une externe, allant s'anastomoser avec la péronière, une interne s'anastomosant avec la tibiale antérieure.

BRANCHES COLLATERALES

Au cours de son trajet, le S. P. E. émet un rameau articulaire, deux rameaux cutanés et des branches musculaires pour le jambier antérieur, parfois pour l'extenseur commun.

1° Rameau articulaire. — Naît dans partie supérieure du creux poplité, s'engage sous tendon du biceps avec artère articulaire supérieure et externe. Se distribue à partie externe de capsule articulaire du genou et à articulation péronéo-tibiale supérieure ;

2° Nerf accessoire du saphène externe. — Naît au même niveau que précédent. Descend verticalement en dehors du saphène externe, entre jumeau externe et aponévrose superficielle, puis sus-aponévrotique. S'unit au saphène externe au bord externe du tendon d'Achille. Parfois rameaux calcanéens et anastomose avec musculo cutané ;

3° Nerf cutané péronier, naît parfois avec précédent. Se dirige en bas, en dehors et en avant. Surcroise jumeau externe et tendon du biceps. Se distribue aux téguments de face externe du genou et des trois quarts supérieurs de loge externe et de loge antérieure ;

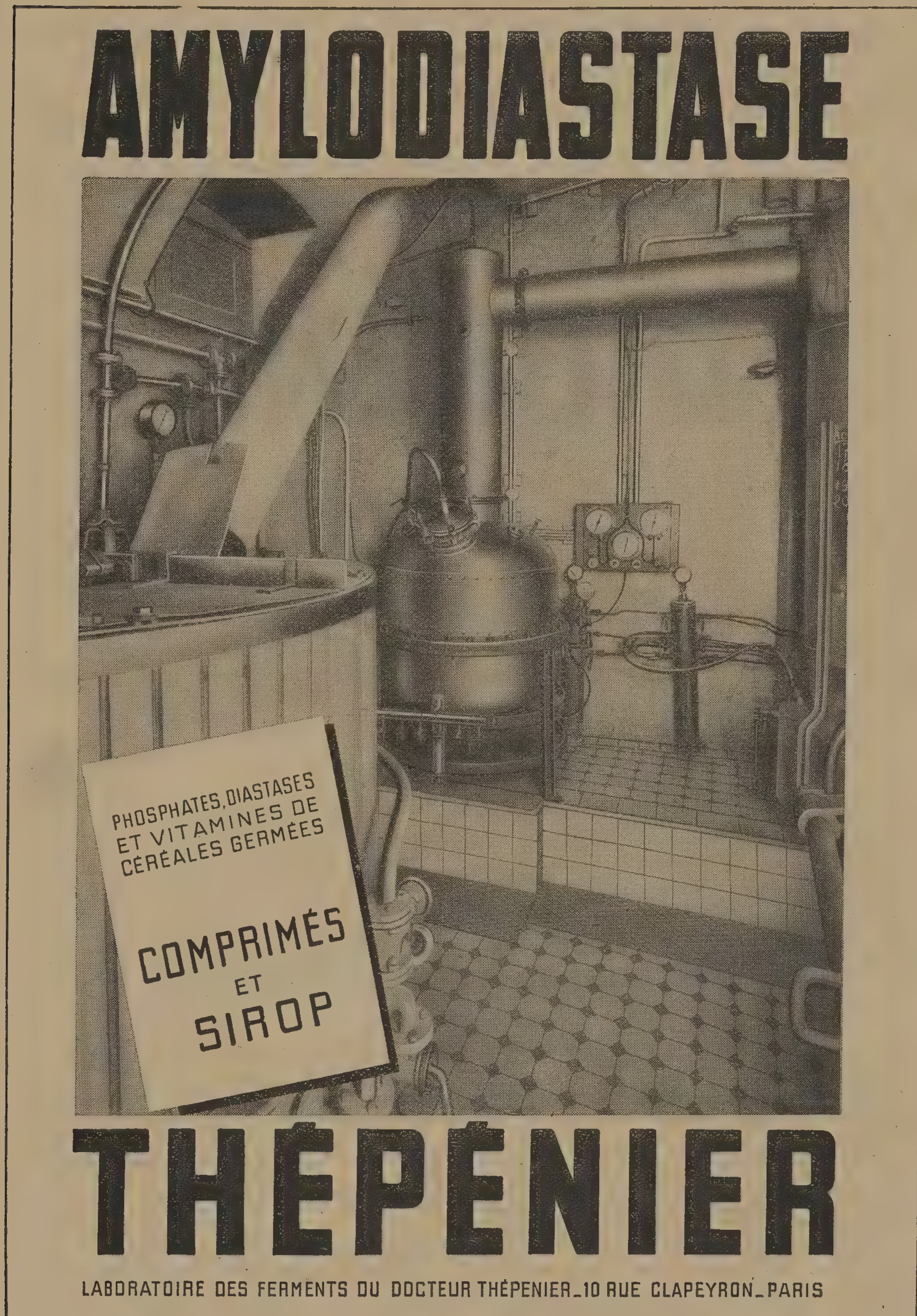
4° Nerfs supérieurs du jambier antérieur. — Naissent dans l'interstice des chefs du long péronier latéral. Se dirigent en avant, en suivant artère récurrente péronière. Perforent cloison séparant loge péronière et loge antérieure à travers orifice ostéo-fibreux superposé à celui du nerf tibial antérieur. Croisent face profonde d'extenseur commun à qui ils donnent quelques rameaux et se distribuent à extrémité supérieure du jambier antérieur.

M. H. Servelle.

(*A suivre.*)

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


AMYLODIASTASE
PHOSPHATES, DIASTASES
ET VITAMINES DE
CÉRÉALES GERMÉES
COMPRIMÉS
ET
SIROP
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

N° 62. — SAMEDI 5 AOUT 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Analyses et indications bibliographiques.
Chirurgie orthopédique, par M. LANCE.

Intérêts Professionnels.
L'agrégation aux étrangers, par M. TURPIN.

Congrès.
Réunions médico-juridiques internationales pour la protection de la population civile en temps de guerre. (Liége).

Livres nouveaux.

INFORMATIONS

Hôpital-hospice de Dieppe. — Deux postes d'interne à l'Hôpital de Dieppe seront incessamment vacants. — Pour tous renseignements s'adresser au Directeur de l'Hôpital-hospice. — La liste d'inscription sera close le 31 août 1939.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Le Dr René Girard vient de subir, avec un plein succès, le concours d'agrégation, section histoire naturelle, et est nommé à Bordeaux.

Notre très distingué ami, le Dr René Girard, qui, depuis plus de vingt ans, est secrétaire général du *Journal de Médecine de Bordeaux*, s'est occupé depuis le même laps de temps du laboratoire d'hydrologie. M. Girard a organisé avec le Professeur Sellier et le Professeur Creix, des voyages d'hydrologie du plus haut intérêt.

Partisan fanatique des grandes croisières, notre ami a fait à peu près le tour du monde, apportant de ses voyages une ample moisson de documents.

Le Syndicat professionnel des Journalistes médicaux français est tout heureux d'adresser à son éminent collègue toutes ses félicitations et l'assurance de toute sa sympathie. — Dr MOLINERY.

Faculté de médecine de Lyon. — Après concours, ont été nommés chefs de clinique :

Clinique chirurgicale du Professeur Bérard, les docteurs André Morel, Michel Ballivet.

Clinique médicale du Professeur Froment, les docteurs Thomasset, Bourret.

Clinique médicale du Professeur Savy, les docteurs Fumoux, Romagny.

Clinique obstétricale du Professeur Voron, le docteur R. Lyonnet.

Les concours pour les cliniques dermatologique et neurologique auront lieu au mois d'octobre.

Marine. — Les officiers du corps de santé dont les noms suivent ont obtenu, après concours, le titre de médecin, de chirurgien ou de spécialiste des hôpitaux maritimes :

a) Médecine générale : M. Audoye, médecin principal.

b) Bactériologie et anatomo-pathologie : M. Pennaneac'h, médecin principal.

c) Dermato-vénéréologie : M. Deguilhen, médecin principal.

d) Neuro-psychiatrie : M. Picard, médecin de 1re classe.

e) Electro-radiologie : M. Auregan, médecin de 1re classe.

f) Chirurgie générale : M. Parneix, médecin principal.

g) Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie : M. de Tanouarn, médecin de 1re classe.

h) Stomatologie : M. Guilbert, médecin de 1re classe.

Pour la famille et la natalité françaises. — Le décret-loi relatif à la famille et à la natalité françaises a été publié dans le *Journal officiel* du 30 juillet 1939. A la première lecture on peut se rendre compte de l'importance de la tâche que veut réaliser le gouvernement : Aide à la famille, Protection de la famille, (lutte contre l'alcoolisme). Dispositions fiscales, etc. — Le gouvernement n'a pas cherché des mesures ayant un effet immédiat, il paraît avoir vu plus loin, et on doit lui savoir gré de n'avoir pas fait de la politique familiale au jour le jour et d'avoir voulu assurer l'avenir.

Santé publique. — *Commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et uvales.* — Par décret en date du 18 juillet 1939, M. le docteur Chiray, professeur d'hydrologie à la faculté de médecine de Paris, est nommé membre de la commission permanente des stations hydrominérales, climatiques et uvales, en remplacement de M. le professeur Georges Urbain, décédé.

Assemblée française de médecine générale. — Président : M. le Professeur Carnot. Vice-présidents : MM. Castaigne, Lesné, Mauriac, Jules Renault, Rouvillois. Secrétaire général : Docteur Henri Godlewski.

Dimanche 20 août 1939, à La Rochelle, 7 Fête d'Eté, et Assises du Souvenir consacrées à *La Petite et la Grande Patrie.*

Sous la présidence de M. le médecin général inspecteur Rouvillois.

Programme. — 10 heures, La Rochelle : Rassemblement au Jardin des Plantes, rue Albert-Ier. Réception par le Docteur Loppé. Visite du Muséum « Les Médecins et l'Histoire Naturelle », par le Docteur Loppé, Directeur du Muséum d'Histoire Naturelle de La Rochelle.

11 h. 30 : Visite du Muséum d'Orbigny-Benon, Musée d'Histoire locale (rue de La Noue). « Un médecin rochelais pionnier de l'Amérique du Sud », par le Docteur Barraud de Chatelaillon.

Midi 30 : Déjeuner : Hôtel Trianon, 6, rue de la Monnaie (prix 50 francs).

15 heures : Visite de la ville, sous la conduite de nos collègues de La Rochelle.

16 h. 30 : Réception par M. le Maire de La Rochelle dans la grande salle des fêtes de l'Hôtel-de-Ville. « *Nicolas Vénette* », médecin rochelais, fondateur de l'*Eugénisme*, par le Docteur Torlais de La Rochelle.

« *Les Arts et les Lettres à La Rochelle* » par M. Hector Talvart, président de l'Académie de La Rochelle.

« *La Petite et la Grande Patrie* », par le Docteur Godlewski, Secrétaire général de l'A. F. M. G.

Envoyer les adhésions avant le 15 août au Docteur Robert Dubois, à Saujon (Charente-Inférieure), Tél. 9.

Fédération des Syndicats médicaux de la Seine. — La Fédération des Syndicats médicaux de la Seine émet le vœu que tout médecin ayant signé ou adhéré, en tant que directeur d'une Maison de Santé, à la Convention en date du 18 avril 1939, soit déféré devant un Conseil de famille. (*Adopté à l'unanimité.*) (Communiqué.)

A propos de la vaccination antivariolique au moyen des cultures « in vitro » du virus vaccinal appliqué par scarification

En réponse à la communication de M. Harry Plotz (*Acad. Med.*, 4 juillet 1939), l'Inspection Générale du Service de Santé des Colonies a approuvé le texte de la note suivante qui vient de nous être communiquée :

« Dans la communication de M. Harry Plotz, il y a huit jours, à l'Académie de Médecine, nous avons noté un certain nombre d'affirmations qu'il nous est impossible de ne pas relever.

1° Sur les microbes souvent pathogènes qui seraient contenus dans le vaccin sec utilisé aux colonies et qui produiraient des lésions locales très sévères.

Depuis 1917, date des premières utilisations de ce vaccin sec, environ 30 millions de vaccinations antivarioliques ont été pratiquées ; les réactions vaccinales locales et générales sont normales ; si de grosses pustules sont parfois observées chez l'adulte alors que celles-ci sont inconnues en France, la raison en est que dans les colonies, les vaccinations d'adultes sont bien souvent des primo-vaccinations.

Il est inutile d'ajouter que toute pulpe contenant des microbes pathogènes est aussitôt détruite lors du contrôle.

2° Sur les pourcentages de résultats positifs obtenus avec le vaccin sec de génisse employé dans les colonies.

La seule citation de M. Harry Plotz est la suivante : 54,2 % de résultats positifs sur 9.606 vaccinés au Sénégal, en 1936.

Or, il est surprenant de remarquer que le seul chiffre cité par M. Plotz est le chiffre le plus défavorable. Les autres résultats publiés la même année, dans le même bulletin, sur la même page, ont du lui échapper ; nous notons : Mauritanie : 76,46 % ; Soudan : 67,3 % ; Niger : 72,07 % ; Côte d'Ivoire : 76 % ; Dahomey : 84,84 % ; Togo : 82,25 % ; Cameroun : 84,3 %.

Tous ces chiffres s'entendent, résultats positifs sur vaccinations contrôlées. Ceux des années précédentes sont aussi favorables. A titre indicatif, pour l'année 1937, au Sénégal, on a observé, sur 16.272 vaccinations (primo-vaccinations) contrôlées, 90,8 % de résultats positifs avec le vaccin sec habituel de génisse.

Au surplus, d'après la documentation précise que possède l'Inspection Générale du Service de Santé des Colonies, le vaccin Plotz n'a pas paru doué d'une conservation à température ambiante égale à celle du vaccin de génisse, et une longue période d'essais sera nécessaire avant que la question ne se pose d'envisager la substitution d'un vaccin nouveau à celui qui a depuis si longtemps fait ses preuves.

A l'occasion de ces remarques, nous sommes heureux de rendre hommage aux deux savants, aujourd'hui disparus, qui, travaillant en étroite collaboration, ont réussi, dès 1917, à mettre au point le vaccin sec de génisse : le Professeur Lucien Camus, membre de l'Académie de Médecine, et le Médecin Colonel André Fasquelle, directeur de l'Institut de Vaccine ; c'est grâce à eux que, depuis 1917, la Direction du Service de Santé au Ministère des Colonies a pu entreprendre la lutte systématique contre la variole et obtenir le recul des épidémies de variole, si meurtrières autrefois pour les indigènes de l'Empire Français d'Outre-Mer.

Docteur BLANCHARD,
Inspection Générale du Service de Santé des Colonies.

Nécrologie

On annonce la mort du grand chirurgien américain William Mayo. Avec son frère Charles Mayo, décédé il y a deux mois, il avait fondé cette fameuse clinique de Rochester qui fit connaître leur nom dans le monde entier.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

I

MEMBRE SUPÉRIEUR

Périarthrite scapulo-humérale

Douleurs de l'épaule et gêne fonctionnelle dues aux lésions de la bourse sous-deltoïdienne et du tendon du sus-épineux, par Kr. Ferguson (Philadelphie) (Revue générale sur les travaux publiés depuis 5 ans sur ce sujet) *Surg. Gny. and Obst.*, mai 1938, pp. 472-487.

Traitement des calcifications sous-deltoïdiennes par l'infiltration novocaïnique, par Leriche et Jung. *Rev. de Chir.*, mai 1938, pp. 382-385, 2 fig.

Calcifications para-articulaires de l'épaule, ruptures tendineuses et bursites périscapulaires, par P. Mallet, Guy et Ph. Frieh. *Revue d'Orthopédie*, janvier 1939, pp. 20-32, 2 fig.

Traitement opératoire de la périarthrite scapulo-humérale, par M. Delitch (Kraljevica). *Revue d'Orthopédie*, janvier 1939, pp. 57-62, 2 fig.

Le syndrome isolé, en 1872, par Duplay et attribué par lui, en 1896, à une inflammation d'origine traumatique de bourse sous-deltoïdienne, a été l'objet de travaux multiples dans ces dernières années. Ferguson en apporte une excellente revue générale suivie d'une abondante bibliographie.

Les constatations radiographiques et opératoires tendent a attribuer aux lésions des sièges différents que l'on peut ramener à deux principaux. Tantôt c'est la bourse sous-deltoïdienne qui semble bien en cause ; elle est le siège d'adhérences, de villosités synoviales, on y trouve de la sérosité et le nodule crétacé que révèle la radiogaphie ; tantôt c'est le tendon du sus-épineux qui est lésé, il présente une rupture incomplète, une calcification dans l'intérieur du tendon.

Ferguson décrit successivement les types cliniques suivants :

1° La bursite aiguë traumatique ;
2° La bursite sous-acromiale aiguë avec calcification ;
3° La bursite chronique avec ou sans calcification ;
4° La bursite chronique adhésive ou oblitérante ;
5° Les ruptures incomplètes ou complètes du tendon du sus-épineux.

La symptomatologie diffère dans chaque cas, et naturellement aussi, la thérapeutique.

Faut-il donc souscrire à un véritable démembrement du syndrome en plusieurs entités cliniques différentes ? Il n'en serait rien d'après les travaux de Codman. Cet auteur a poursuivi pendant 30 ans l'étude de l'affection, pratiqué 200 opérations et près d'un millier de vérifications nécropsiques. Son expérience est exposée dans un important travail (*The Shoulder* : Rupture of the supra-supinatus and other lesions in or about the subacromial bursa, Boston 1934). Ce sont ces conclusions qu'exposent MM. Mallet-Guy et Frieh.

Pour Codman, la lésion initiale est une lésion du tendon du sus-épineux (par exception elle siège dans le tendon du biceps, du sous-scapulaire, du sous-épineux), c'est une rupture incomplète traumatique. Parfois les lésions infectieuses, endocriniennes, dégénératives (âge), prédisposent à la rupture qui se fait sans trauma vrai. Cette rupture entraîne comme séquelle la création d'un dépôt crétacé dans l'intérieur du tendon. La bourse séreuse sous-acromiale repose sur le tendon du sus-épineux et l'entoure en partie. Elle subit les répercussions des lésions du tendon sous-jacent et les « extériorise bruyamment ». Elle se hérisse de villosités, se cloisonne, se remplit d'un liquide citrin. Son fond est soulevé par la saillie du dépôt crétacé du tendon qui finit par faire irruption dans la cavité de la bourse séreuse. C'est l'amorce du processus de guérison spontanée : le magma calcaire est peu à peu résorbé dans l'intérieur de la bourse séreuse qui tend à reprendre son aspect normal, laissant parfois des séquelles (brides, adhérences).

Ainsi se trouve rétablie l'unité du processus : les variations des constatations opératoires et radiographiques s'expliquent par les différentes époques de l'évolution où l'observation a lieu.

La conduite du traitement, pour Codman, est dominée par la tendance naturelle de l'affection à la guérison spontanée. C'est pourquoi cet auteur préconise, pour calmer les douleurs et favoriser la cicatrisation de la lésion du tendon, l'immobilisation au lit, le bras en abduction. On y joint des séances de mécanothérapie passive pour éviter la formation des adhérences. On obtient ainsi, en quelques semaines, la guérison de l'affection. Mais en est-il ainsi quand on n'assiste pas au début de la maladie et que la radiographie révèle la présence de nodules de calcification ? On en peut douter.

C'est alors qu'ont été utilisés, avec des succès variés, la radiothérapie, la diathermie. M. Leriche et Jung préconisent l'emploi de l'infiltration novocaïnique, procédé simple, à action rapide, agissant sur les troubles neurovasculaires et favorisant la résorption des calcifications. Ils en rapportent un cas guéri en 3 injections, avec disparition consécutive du dépôt calcaire. MM. Mallet-Guy et Frieh rapportent une observation semblable du professeur Santy.

En cas d'échec de ces thérapeutiques, il reste le recours à l'intervention chirurgicale. L'article de M. Delitch est un plaidoyer en faveur de celle-ci dans tous les cas. L'opération est simple, facile, radicale et comme le montrent les quatre observations rapportées, elle s'adresse à des lésions variées et à tous les stades de l'affection.

Paralysie isolée du grand dentelé, par Th. Horwitz et L.-M. Tocatins. *The J. of. bone and Joint Surg.*, juillet 1938, pp. 720-725, 4 fig.

Les auteurs en rapportent six observations.

La paralysie résulte ordinairement d'une lésion du long nerf thoracique, soit d'origine traumatique (compression sur la 2e côte ou par décubitus prolongé), soit infectieuse (infection des bourses séreuses péricoracoïdiennes).

L'antagoniste du grand dentelé est le biceps dont la contraction, puis la rétraction entraîne la bascule de l'omoplate. Il en résulte une distension secondaire de la portion postérieure du deltoïde et du triceps. Les auteurs remédient à ces lésions secondaires de la chute de l'épaule au moyen d'un appareil de soutien spécial qu'ils décrivent et représentent.

Traitement des fractures simultanées des diaphyses des deux os de l'avant-bras, 2e question mise à l'étude au Congrès de la Société Française d'Orthopédie et de Traumatologie. Rapporteurs : M. Boppe et Professeur H. Billet, et discussion.

Voir compte rendu *Gaz. des Hôpitaux*, n° 89, 5 novembre 1938, p. 1423.

La main spastique, par M.-S. Burman. *The J. of bone and Joint Surg.*, janvier 1938, pp. 139-145, 5 fig.

I. — La contracture du pouce *en opposition* est d'abord étudiée. L'auteur décrit ses diverses variétés avec ou sans flexion de la phalange terminale. Il expose les diverses opérations proposées pour y remédier : 1° renforcement par anastomoses tendineuses du long extenseur ou abducteur du pouce ; 2° opération de Stöffel, résection partielle ou complète des nerfs de l'opposant, du court fléchisseur ; 3° les teno-myotomies des muscles de l'éminence thémar. La technique des désinsertions est décrite en détail. L'auteur regarde les deux dernières catégories de procédés comme complémentaires des transplantations car l'action sur les doigts doit être précédée de l'action sur la déviation du poignet.

II. — La contracture du pouce en adduction est traitée par la désinsertion du premier interosseux et des adducteurs sur le premier métacarpien. L'auteur en décrit la technique.

III. — L'hyperextension des dernières phalanges sur la première qui est contracturée en position de flexion, déformation surtout marquée à l'index et au médium habituellement, est traitée par la désinsertion des tendons collatéraux de l'extenseur et l'allongement ou la section du tendon de l'extenseur commun.

Il est à noter que l'auteur ne fait aucun emploi des appareils orthopédiques, en particulier des appareils à ressorts qui pourtant, dans ces cas, donnent souvent des résultats fort appréciables.

L'opposition du pouce, par Sterling Bunnell. *The J. of bones and Joint Surg.*, avril 1938, p.. 269-284, 13 fig.

L'opposition du pouce est la caractéristique de la main humaine. La véritable opposition n'est pas constituée par le rapprochement du pouce sur la face palmaire des doigts, à leur contact, mais bien à distance des doigts et en s'accompagnant d'une rotation qui amène la pulpe en face de la pulpe des autres doigts, et l'ongle du pouce parallèle à la paume.

Les ténoplasties reconstructives doivent reproduire ces deux essentiels principes. Le tendon doit être conduit sous-cutané selon la direction d'une droite conduisant du pisiforme à la face dorso-cubitale de la base de la phalange, point d'insertion.

Ce plan est exécuté : 1° En employant comme moteurs divers muscles dont les principaux sont le grand palmaire, le cubital antérieur, le court extenseur du pouce, dont les tendons sont prolongés par une greffe libre ; 2° le tendon moteur doit être réfléchi au niveau du pisiforme en passant dans une boucle faite avec un transplant tendineux ou en passant autour du tendon du cubital antérieur.

II

RACHIS

Fractures du rachis

La résistance du ligament longitudinal antérieur en relation avec le traitement de 132 fractures par écrasement du rachis, par A. G. Davis. *The J. of bones and Joint Surg.*, avril 1938, pp. 429-438, 4 fig.

Les aspects neurologiques des fractures du rachis, par H. C. Naffziger. *The J. of bones and Joint Surg.*, avril 1938, pp. 444-448.

Les résultats de la réduction par hyperextension des fractures du rachis, par R. Watson-Jones (Liverpool). *The J. of bones and Joint Surg.*, juillet 1938, pp. 567-586, 23 fig.

Les lésions de la moelle pendant la réduction des fractures et luxations des corps des vertèbres thoraciques et lombaires, par W. A. Rogers (Boston). *The J. of bones and Joint Surg.*, juillet 1938, pp. 689-695, 9 fig.

Traitement des fractures du rachis cervical, par W. G. Crutchfield (Richmond). *The J. of bones and Joint Surg.*, juillet 1938, pp. 696-704, 9 fig.

Formes anatomiques des fractures des corps vertébraux et leurs modalités de consolidation, par P. Mallet-Guy. *Soc. de Chir. de Lyon*, séance du 23 juin 1938. *Lyon Chir.*, janvier-février 1939, pp. 55-64, 3 fig.

Les fractures du rachis ont encore donné lieu, en particulier aux Etats-Unis, à de nombreux travaux.

En France, une étude importante de Mallet-Guy porte sur les modalités anatomiques des fractures, en particulier à la région dorso-lombaire.

Il en distingue trois types : 1° La fracture comminutive, l'éclatement du corps ; 2° Le tassement par flexion du corps vertébral ; 3° La fracture sous-épiphysaire spéciale à cette région.

La première et la troisième catégories l'éclatement vertébral, et la fracture sous-épiphysaire avec morcellement de la plaque doivent être réunies en un seul groupe, car le ménisque étant intéressé, ce sont les fractures ménisco-vertébrales.

Le tassement du corps et la fracture sous-épiphysaire lorsque la plaque détachée n'est pas morcelée, constituent les fractures intrinsèques du corps vertébral sans lésions du disque.

L'étude de l'évolution et de la consolidation de ces deux groupes est différente, comme le montrent l'étude radiographique à longue échéance.

Dans les éclatements, lorsqu'une réduction immédiate a pu être obtenue, la consolidation se fait par des ossifications ligamentaires périphériques.

Dans les fractures sous-épiphysaires intéressant le disque, la réduction obtenue ne se maintient pas, il se fait un glissement au bout de quelques mois et la consolidation secondaire est obtenue ici aussi par des ossifications ligamentaires.

Au contraire, dans les fractures intrinsèques du corps vertébral réduites, la consolidation s'obtient par un cal osseux intrinsèque, sans ossifications périphériques.

La réduction par hyperextension est étudiée dans les articles de Davis et de Watson Jones.

Dans son travail, Davis montre que la réduction des fractures avec écrasement somatique par l'hyperextension du tronc est basée sur la résistance du ligament vertébral antérieur. Elle a été mise en doute. L'auteur montre expérimentalement qu'elle constitue, en moyenne, une résistance de 200 kilos, alors que la force employée pour la réduction varie de 75 à 100 kilos.

L'auteur expose ensuite en détail la méthode d'hyperextension qu'il emploie depuis 1929, et ses variations à la région lombaire, thoracique, cervicale. Les soins ultérieurs comportant six semaines de lit, puis reprise de la marche, en corset, indispensable d'après l'auteur, pour assurer la reconstitution des travées osseuses. Le corset est enlevé au bout de deux à trois mois, quand une pression forte sur le siège de la fracture est devenue indolore, critérium de la consolidation.

Les résultats obtenus par ce traitement dans 115 fractures traitées dans les six derniers mois sont : 100 cas de guésison (4 malades conservant des séquelles) et 11 morts. Dans ces derniers il y avait 7 fractures cervicales avec mort rapide après l'accident, et 2 fractures lombaires avec décès six mois et an après le traumatisme.

Watson Jones apporte une description détaillée de la méthode de l'hyperextension. Son important article est basé sur une série de 252 cas traités depuis 1930.

L'auteur les divise en trois groupes : 1° Les fractures en coin antérieur, les plus fréquentes, dues à une chute d'un lieu élevé sur les talons ou le siège. Souvent multiples, avec intégrité du disque, elles s'ankylosent très rarement ; 2° Les fractures comminutives, les plus rares, causent une grande angulation. Le disque est rompu, l'ankylose fréquente ; 3° La fracture-luxation, due à la chute d'un poids sur les épaules, et dans laquelle la moelle est souvent lésée.

La réduction est obtenue par l'hyperextension du tronc. L'auteur montre les avantages de la technique qu'il a proposée sur les autres qui sont insuffisantes. Il montre aussi les conditions dans lesquelles le corset plâtré assure la conservation de la réduction. Celle-ci est complète dans les deux premiers groupes, deux tiers des malades ont une récupération complète ; 80 % peuvent reprendre leurs occupations antérieures. La période d'incapacité pour ceux qui font des travaux pénibles est de dix mois ; pour les travaux moins durs, sept mois. Dans les fractures-luxations, l'immobilisation en hyperextension est applicable, la laminectomie inutile. Le pronostic est mauvais dans les luxations thoraciques hautes avec paraplégie, médiocre dans les cervicales, et bon dans les lombaires.

Les mauvais résultats sont causés par une réduction insuffisante, laissant des douleurs persistantes par tiraillements articulaires. Ceci est dû soit à une mauvaise position pour la réduction, un corset trop court pour en haut ou en bas, ou fenêtré. La déambulation précoce est favorable. Le corset renouvelé au bout de quelques semaines et porté quatre à six mois.

Une variété réclame un traitement opératoire spécial. C'est la fracture-luxation, avec bloquage des apophyses articulaires. L'hyperextension, dans ces cas, risque de léser la moelle. La réduction ne peut être obtenue que par la résection des deux apophyses articulaires inférieures.

W. A. Rogers est du même avis ; il y a des cas de fractures du rachis où les tentatives de réduction par hyperextension sont dangereuses. Dans deux cas de fractures-luxation et deux cas de fracture comminutive intéressant la partie postérieure du corps vertébral, qui n'avaient pas de signes de compression médullaire, ceux-ci sont apparus après une tentative de réduction par hyperextension. Cette méthode de traitement doit donc être rejetée dans ces cas.

Dans les fractures comminutives du corps vertébral intéressant sa partie postérieure et rétrécissant le canal médullaire, le traitement consistera dans l'immobilisation en corset pendant environ quatre mois. Si des signes de compression médullaire par le col apparaissent, la laminectomie suivie d'une fixation par greffe s'impose.

Dans les fractures avec luxation des apophyses articulaires, l'expérience de l'auteur basée de six cas avec compression médullaire, montre que le traitement diffère selon qu'il y a ou non déplacement latéral, ce que montre la radiographie de face. S'il n'y a pas de déplacement latéral, on pratiquera une très forte traction longitudinale, et secondairement l'hyperextension du rachis, ensuite corset. Si la réduction n'est pas obtenue de cette manière, la réduction sanglante s'impose. Lorsqu'il y a déplacement latéral, si les apophyses articulaires sont fracturées, la réduction sera encore obtenue par traction longitudinale, puis hyperextension. Mais, s'il y a luxation sans fracture comme Watson Jones, Rogers estime que l'hyperextension risque d'amener la compression de la moelle par bloquage de l'apophyse articulaire, mais au lieu de pratiquer la réduction sanglante, il conseille de débloquer l'apophyse articulaire par flexion du tronc, la replacer par rotation du tronc, et seulement alors faire l'hyperextension.

D'autres contre-indications à la réduction par hyperextension peuvent être imposées d'emblée par l'état de la moelle. Ces lésions médullaires posent la question des indications opératoires précoces. Elles sont étudiées dans le travail de Naffziger, qui arrive aux conclusions suivantes : si un examen neurologique approfondi montre une lésion complète de la moelle persistant vingt-quatre heures après l'accident, une intervention sera probablement sans aucun bénéfice et une paralysie définitive est vraisemblable. Dans les lésions incomplètes avec évidence de compression médullaire, la laminectomie s'impose.

Les fractures du rachis cervical ont fait l'objet dans ces dernières années de nombreux travaux (voir notre numéro d'analyse, *Gaz. des Hôp.*, n° 45, 4 juin 1938). De même que la traction directe sur le squelette au moyen de broches a constitué un gros progrès dans le traitement des fractures des membres, la traction squelettique appliquée à la réduction des fractures et luxation des vertèbres cervicales en a modifié le pronostic. C'est Crutchfield qui l'a introduite en 1933. Différents dispositifs ont été imaginés. Celui de Crutchfield nous paraît le plus simple. C'est un étrier articulé, à pression réglable, se terminant par deux pointes qui s'enfoncent de 4 m/m. dans la paroi cranienne sur une ligne allant d'une mastoïde à l'autre.

Dans les fractures des trois premières cervicales, il suffit pour la réduction, d'une traction de 10 à 15 livres ; dans les fractures du rachis moyen et inférieur, il faut porter la traction jusqu'à 25 livres.

Dans les fractures récentes, on obtient ainsi la réduction en quelques heures et l'on peut facilement construire une minerve plâtrée sous l'extension.

Dans les fractures anciennes, la réduction reste souvent incomplète, mais on obtient l'amélioration ou disparition des troubles nerveux. Dans les cas de lésions graves de la moelle, la traction constitue le seul mode de traitement applicable au début.

Les ostéoporoses et malacies du rachis chez l'adulte, 1re question mise à l'étude au Congrès de la Société franç. d'Orthopéd. et Traumat., Paris, 21 octobre 1938.

Rapporteurs : M. Lance, Lucien Girard, Pierre Lance, et Discussion. Voir compte rendu, *Gaz. des Hôp.*, n° 88, 2 novembre 1938, p. 1404.

Traitement chirurgical de la scoliose

L'ostéosynthèse vertébrale dans le traitement de la scoliose, par le Professeur R. Lefort. *Bull. et Mém. de l'Acad. de Chir.*, 12 janvier 1938, pp. 38-49, 10 fig.

Le traitement de la scoliose par le corset fendu. Choix de la région à souder, par F. L. Butte (N.-Y.). *The J. of bones and Joint Surg.*, janvier 1938, pp. 1-22, 16 fig.

La thérapeutique opératoire de la scoliose, par Fr. Hanak (Brno). *Slovansky Sbornik Ortopedicky*, fasc. 4, 1938, pp. 178-190, 6 fig.

Le redressement de la scoliose par un appareil à écartement forcé, par J. Donaldson et O. Anderson. *The J. of bone and Joint Surg.*, avril 1938, pp. 405-410, 11 fig.

Rapport sur la pathogénie et le traitement de la scoliose, par Van Haelst, Poncelet et Kampeneers. *Bull. de la Soc. Belge d'Orthopédie*, juin 1938, pp. 263-328.

Discussion :

Traitement chirurgical de la scoliose, par Van Nes (Leyde).

Ostéosynthèse dans la scoliose, par Calvé et Galland (Berck). *Bulletin de la Soc. Belge d'Orthopédie*, juillet 1939, pp. 381 et 385.

Etude sur la scoliose, par Samuel Kleinberg (N.-Y.). *Surg. Gynéc. and Obst.*, octobre 1938, pp. 467-481, 10 fig.

Traitement de la scoliose par le corset fendu en coin et la fusion vertébrale, par A. D. Smith, F. L. Butte, Ad. B. Ferguson (N.-Y.). *The J. of bone and Joint Surg.*, octobre 1938, pp. 825-838, 29 fig.

Le traitement chirurgical de la scoliose continue à donner lieu à d'importants travaux, en particulier aux Etats-Unis.

Sur les indications, l'accord semble fait. Kleinberg résume ainsi les principales : 1° Echec du traitement conservateur ; 2° Scoliose progressive grave ; 3° Scoliose paralytique ; 4° Forme douloureuse de l'adulte.

Il constitue le véritable traitement prophylactique des grosses déformations.

Sur ces bases, le nombre des cas opérés est encore limité. C'est ainsi qu'à l'Hôpital Orthopédique de N.-Y., sur 1.493 scolioses soignées en huit ans, 287, soit 19 %, ont été opérées.

Le traitement chirurgical comporte deux phases : un redressement forcé, et la fixation du résultat obtenu.

En Europe on utilise surtout le redressement progressif par des corsets successifs ou les lits plâtrés. C'est celle qu'a employé Hanak à la Clinique de Brno. Mais, dans 9 cas, il a été amené à pratiquer dans un but purement esthétique la résection costale au niveau d'un gibbosité très marquée. Dans 7 cas le résultat a été excellent, et d'autant plus qu'on aura pratiqué un pneumothorax du côté convexe, ce qui amène un développement considérable du côté concave.

La capacité pulmonaire, réduite de moitié après l'opération, se rétablit au bout de quinze jours et augmente ensuite par la gymnastique. Dans un cas, elle arriva à doubler.

Aux Etats-Unis, on cherche à obtenir un redressement rapide.

On a d'abord (voir nos analyses, *Gaz. des Hôp.*, 6 mars 1939, pp. 147-148), employé dans ce but la traction longitudinale avec des poids (10, 20, 25 kilos) sur la tête et le bassin (ceinture), et par traction et dérotation latérales. En quatre à huit semaines, le redressement maximum était obtenu.

C'est un peu dans le même esprit que Donaldom et Anderson ont utilisé avec succès, sur 6 malades (dont 3 paralytiques) un corset coupé circulairement à la taille, et muni de quatre tiges filetées permettant l'écartement progressif des deux moitiés du corset. C'est une traction longitudinale très lente (6 à 14 mois), sans aucune inclinaison latérale).

Le redressement est maintenant demandé, aux Etats-Unis, à un corset plâtré dans lequel on inclut devant et derrière une charnière métallique. Quand le corset est sec, on enlève du côté de la convexité une large tranche de melon du corset, et on coupe horizontalement le côté de la convexité : on y insère un dispositif d'écartement progressif (Turnbuckle).

On trouvera une description complète de la méthode, difficile et compliquée de l'aveu des auteurs, dans deux articles de Butte, et de Smith, Butte, Ferguson, qui reposent sur l'étude des 265 cas de l'hôpital de New-York entre 1928 et 1935.

Cette méthode ne permet que de redresser une courbure, la courbure primitive. Comment la reconnaître? Ferguson donne comme critères : 1° Dans une triple courbure, c'est celle du milieu ; 2° C'est la plus importante, celle vers laquelle le tronc tend à pencher ; 3° Dans la position assise, si on élève le bassin d'un côté, la courbure de compensation seule tend à se redresser.

Il faut établir ensuite l'étendue de courbure à fixer. Butte donne deux règles : 1° Il ne faut jamais fixer en hypercorrection ; 2° Il faut étudier par une radiographie faite en position assise avec bascule du bassin l'étendue de la correction que le malade peut obtenir à la région lombaire restée souple, par la seule contraction musculaire : l'étendue redressable ne doit pas être fixée.

Le corset comprend la tête, inclinée du côté de la concavité, et la cuisse du côté convexe. Les charnières sont placées un peu en dehors de la ligne médiane vers la convexité.

Le redressement se fait rapidement en trois à quatre semaines. La méthode est très puissante. Elle augmente les courbures de compensation ; c'est un des facteurs du succès.

La réduction obtenue, le corset est aménagé pour l'opération : renforcements latéraux par des ponts plâtrés, large fenêtre dorsale, pose d'un repère par la radiographie.

Pour la fixation, les auteurs sont restés fidèles à la méthode de Hibbs. Il faut avouer que la lecture de leur travail n'est pas en sa faveur. L'opération est shockante. Ce qui oblige, s'il y a plus de cinq vertèbres à souder, à opérer en deux et même trois fois (plusieurs malades ont refusé la deuxième opération). Malgré des transfusions et de grosses précautions, il y a eu deux décès de shock.

Dans tous les cas la rigidité n'est pas absolue, puisqu'il y a une diminution de redressement de 10 à 70 %. De véritables pseudarthroses se sont produites dans 61 cas (23 %) et ont été réopérées. Si bien qu'à la région dorso-lombaire, les auteurs en arrivent à ajouter quelques petits greffons tibiaux. Dans l'ensemble il y a eu 79,7 % de résultats excellents ou bons, 15,6 % de médiocres, 4,7 % d'échecs, et 0,66 % de mortalité.

En France, on reste fidèle à la fixation par greffons médians, latéraux, alternés. Le Professeur Lefort, très éclectique, emploie ces différentes méthodes qu'associe ainsi à la fragmentation des apophyses, selon la technique de Hibbs.

Van Nes, après redressement forcé par corset à Turnbuckle, fixe le redressement par ostéosynthèse par greffon rigide ou souple. Il apporte la statistique des 82 cas opérés

à la clinique Anna de Leyde avec de beaux résultats. Le redressement latéral amène toujours une réduction importante de la rotation, de la gibbosité.

Cf. **Résultats de 16 ostéosynthèses vertébrales pour scoliose,** par Ingelrans et Vendeuvre. *Bull. de la Soc. Belge d'Orth.*, mars 1938, pp. 53-59.

Considérations sur l'ostéosynthèse vertébrale dans le traitement des scolioses, par C. Rœderer. *Bull. de la Soc. Belge d'Orth.*, mars 1938, pp. 59-65.

L'ostéosynthèse dans le traitement de la scoliose, par Albee et Kushner. *Surg. Gyn. and Obst.*, t. 66, avril 1938, n° 2.

Dispositif d'extension pour corset de redressement latéral, par A. N. J. Giannestras. *The J. of bone and Joint Surg.*, octobre 1938, pp. 1050-51, 3 fig.

La hernie postérieure des disques intervertébraux.

Nous avons analysé l'an dernier (voir *Gaz. des Hôp.*, n° 45, 4 juin 1938, p. 739), de nombreux articles parus sur cette question. Elle vient d'être l'objet d'une Revue générale (*Gaz. des Hôp.*, n° 24, 25 mars, et n° 26, 1er avril 1939), de Bergougnan et Caillon.

Anatomie des lésions arthritiques des apophyses articulaires vertébrales, par V. Putti et D. Logroscino. *La chirurgia degli org. di mov.*, mars 1938, pp. 317-353, 38 fig.

Cet important travail est basé sur l'étude de 75 colonnes vertébrales fraîches de sujets de tout âge. Il limite ses constatations à la région lombaire.

C'est d'abord une description complète et richement illustrée de l'anatomie normale des articulations vertébrales à la région lombaire.

Les auteurs insistent sur la fréquence des anomalies. Les apophyses sont non seulement dissemblables d'une vertèbre à l'autre, mais encore d'un côté à l'autre sur la même vertèbre. L'arthrose apophysaire n'existe pas avant 30 ans, elle est la règle après 50 ans. Il faut souligner l'importance des facteurs statico-dynamiques dans leur genèse (scoliose, lordose, etc.) et des malformations.

Suit une description complète, avec de nombreuses figures, des altérations ostéo-chondrales et capsulaires.

La radiographie de face ne montre pas les articulations vertébrales, ce sont des épreuves de trois quarts droite et gauche, qui mettront en évidence leurs altérations : altérations des bords articulaires, rétrécissement, opacification, soudure des interlignes.

Cf. **Affections des articulations intervertébrales**, par Alb. Oppenheimer (Beyrouth). *The J. of bone and Joint Surg.*, avril 1938, pp 285-313, 24 fig.

Contribution à la structure microscopique et à la pathologie des disques intervertébraux chez le jeune, par F. Schajowicz. *La chir. degli org. di movimento*, octobre 1938, pp. 5-58, 26 fig.

Cet important mémoire se divise en deux parties.

Dans la première, l'auteur étudie la structure histologique du disque chez l'enfant normal. Il discute la nature des lacunes d'ossification, fissures transversales dans la zone d'accroissement du disque.

L'auteur fait une constatation importante sur l'ossification des points complémentaires des vertèbres. Il montre qu'après 5 ans apparaît *sur toute la largeur du corps vertébral*, un dépôt calcaire formé d'îlots espacés, plus épais sur les bords qu'au centre. Il est bien marqué sur toute la surface de la vertèbre à 12 ans et forme un disque. Vers 13 ou 14 ans commence l'ossification enchondrale qui se limite aux pourtours du disque, formant un anneau. Cette ossification se fait par poussées successives et l'anneau se soude au corps vers 24-25 ans.

Bien qu'on ne trouve pas dans le disque cartilagineux les aspects du cartilage sérié caractéristiques de l'ossification enchondrale, l'auteur n'hésite pas à assimiler cet anneau à une épiphyse comparable à celle des os longs. Si les aspects de croissance y sont peu visibles, c'est que la croissance du rachis incombe à quarante-huit surfaces cartilagineuses, alors qu'il n'y en a que quatre au fémur qui devient presque aussi long.

Dans la deuxième partie, l'auteur traite de la pathologie du disque chez des sujets jeunes.

Il est maintenant prouvé que jusqu'à 25 ans le disque est irrigué par six gros vaisseaux. Leur involution amène des foyers de dégénérescence, en particulier dans la partie centrale du plateau cartilagineux, point de moindre résistance du plateau cartilagineux, qui peut se dilacérer et conduire à la hernie intraspongieuse du disque.

L'évolution de la hernie intraspongieuse du disque présente chez l'enfant des particularités qu'on ne retrouve pas chez l'adulte, et dues aux réactions de la croissance enchondrale de la vertèbre.

L'auteur décrit les caractères histologiques du prolapsus actif et du prolapsus arrêté ou statique. Chez l'enfant, des radiographies faites en séries à des époques éloignées, montrent que la hernie intraspongieuse peut s'ossifier progressivement et ainsi guérir. Mais cela ne se produit que dans les hernies petites, chez un sujet encore jeune, et traité (immobilisation en corset plâtré).

Schajowicz décrit d'autres localisations de la dégénérescence du disque ; une fente fréquente qui siège dans la partie antérieure du disque et prédisposerait au détachement de l'angle antérieur du corps vertébral.

Une autre fente est parfois trouvée sur les sujets plus âgés (25 ans) au niveau de l'ourlet marginal. Il serait l'origine de glissement et tiraillement du disque, cause de production des ostéophytes (Schmorl). Cette lacération du bord réfléchi du disque a pour Schmorl une importance décisive dans la genèse de l'arthrite déformante, dont le début n'est pas exclusif à l'individu âgé.

III

MEMBRE INFÉRIEUR

Bassin

Dislocations et fractures-dislocations du bassin, par R. Watson-Jones. *The British. Journal of Surgery*, vol. XXV, n° 100, 1938, 11 fig.

Ce travail est basé sur l'étude de 143 dislocations et fractures-dislocations du bassin.

L'auteur les divise en trois groupes : 1° Les fractures isolées de la ceinture pelvienne sans déplacement (symphyse — branches ilio-pubienne et ilio-ischiatique — aile iliaque), qui ne sont justiciables que du repos au lit. 2° Les fractures multiples de la ceinture dans la région pubienne (dislocation de la symphyse et fracture des deux branches — ou double fracture des deux branches pubienne et ischiatique) — fractures résultant d'une compression latérale du bassin. Elles ne présentent pas de déplacement important. Le traitement par le décubitus dorsal est suffisant.

3° Les fractures combinées de la région pubienne et de la partie postérieure de l'anneau (dislocation de la

symphyse — ou des deux branches pubiennes — avec une fracture de l'aile iliaque, une dislocation ou fracture, dislocation sacro-iliaque. Elles sont consécutives à une compression antéro-postérieure du bassin. Le déplacement est souvent important. L'auteur préconise le traitement suivant : sous anesthésie générale, le blessé est placé en décubitus latéral sur le côté sain, le trochanter reposant sur le pelvi-support de la table orthopédique. Par une pression progressive de haut en bas et d'arrière en avant, la réduction du déplacement est effectuée et constatée par l'examen et au besoin le contrôle radiographique. Un double spica plâtré est appliqué.

Le malade est alors alité en décubitus latéral pendant trois mois.

Si le déplacement est minime, le simple décubitus prolongé sur le côté sain suffit à la réduction et contention. 18 malades ont été ainsi traités.

L'un d'eux présentant une infiltration d'urine ne put être traité, un autre succomba de shock après trois jours. Tous les autres ont guéri dans d'excellentes conditions avec cette méthode.

La topographie de la sacro-iliaque et son importance clinique (travail de l'Institut Rizzoli (Bologne), par C. Casucio. *La Chirurgia degli organi di movimento*, octobre 1938, pp. 83-102, 17 fig.

Cet important article, basé sur de nombreuses dissections, et de coupes de pièces congelées, a pour but de fixer de manière précise les rapports immédiats de l'interligne articulaire antérieur de l'articulation sacro-iliaque avec les divers troncs nerveux de la région. Ces rapports ne sont pas décrits de manière précise dans les descriptions antérieures. Elles sont importantes à connaître pour fixer la symptomatologie des arthrites sacro-iliaques et de la sacrocoxalgie.

La marge antérieure de la sacro-iliaque est en rapport immédiat à sa partie moyenne avec plusieurs troncs nerveux : le nerf obturateur, la 4e et 5e paire lombaire et la 1re sacrée, qui reposent directement sur le très mince ligament sacro-iliaque antérieur.

La partie supérieure est recouverte par le muscle iléopsoas contenant le nerf crural.

La partie inférieure par le muscle pyramidal.

La 2e et 3e paire sacrée sont séparées de l'articulation par des faisceaux plus ou moins épais du pyramidal.

L'auteur discute ensuite le rôle que ces rapports avec les muscles et les nerfs jouent dans la genèse de symphyse des arthrites de la sacro-iliaque, la sciatalgie, la boiterie (qu'il a relevée dans 85 % des cas), la limitation des mouvements que relève l'examen clinique.

L'ilio-sacralgie (douleur sacro-iliaque), par François Lepennetier et Louis Perlès. *La Science Médicale Pratique*, décembre 1938, pp. 233-245, 4 fig.

Ce sont ces symptômes qu'étudient Lepennetier et Perlès, en particulier la douleur dans l'arthrite chronique rhumatismale et l'iléo-sacralgie.

Ils décrivent en détail les caractères de cette douleur locale, de ses irradiations (à la région crurale, obturatrice, aux muscles adducteurs, où sciatique).

Puis passent en revue l'examen du malade, en position debout, assise, couchée, et les multiples manœuvres proposées pour déterminer la douleur provoquée et la limitation des mouvements révélateurs d'une atteinte de l'articulation.

L'examen radiologique de la sacro-iliaque est ensuite discuté. Trois épreuves sont indispensables : une de face, avec centrage médian, montre la partie inférieure de l'interligne. Une deuxième, de trois quarts, faite de chaque côté, décèle la partie supérieure des interlignes.

IV

HANCHE

Luxations et subluxations congénitales de la hanche

Reconstruction arthroplastique de la hanche dans les subluxations et luxations congénitales invétérées (techniques, résultats éloignés, indications). Travail de la Clinique de M. le Prof. Tavernier, par P. Truchet, *Thèse Lyon*, 1938.

Résultats et indications des butées ostéoplastiques dans les subluxations congénitales de la hanche, par J.-R. Barcat. *Thèse Paris*, 1938.

Coxarthrie à forme subluxante traitée par butée d'appui et résection arthroplastique, par le Prof. P. Mathieu. *Mémoires de l'Acad. de Chir.*, 30 mars 1938, p. 558.

La pratique des butées ostéoplastiques dans le traitement des subluxations et luxations de la hanche est maintenant assez ancien pour que l'on ait le recul suffisant pour en juger les résultats.

Déjà, l'an dernier (voir *Gaz. des Hôp.*, n° 45, 4 juin 1938, p. 743), nous avons analysé les communications sur ce sujet des professeurs Nové-Josserand et Tavernier, et de M. Guilleminet (de Lyon) et la thèse de Trillat, rapportant 69 résultats, éloignées de butées ostéoplastiques pour subluxations réunies dans le Service de Clinique Chirurgicale Infantile de Lyon. Ces travaux montraient les bons résultats obtenus dans la plupart des cas, mais montraient son insuffisance dans d'autres, en particulier lorsqu'il s'est établi des lésions d'arthrite déformante.

La thèse de Truchet est la continuation de la thèse de Trillat. Elle vient nous montrer, sous l'inspiration du Professeur Tavernier, la conduite à tenir dans les cas de subluxation congénitale dans lesquelles la butée n'est plus suffisante. C'est la résection arthroplastique (résection de la tête fémorale, modelage du moignon de col et réimplantation basse du grand trochanter sur la diaphyse mise en abduction) qui constitue l'opération de choix, ainsi que le montrent les observations rapportées.

M. Tavernier va plus loin et préconise l'emploi de la résection arthroplastique dans certains cas de luxations congénitales invétérées : 1° dans les luxations antérieures hautes appuyées ; 2° dans les luxations postérieures mobiles.

Le moignon de col est réduit dans un néocotyle creusé dans l'os iliaque en face de l'endroit où il se trouve sans que l'on cherche à abaisser le moignon.

Plusieurs observations sont rapportées dans la thèse de Truchet avec de bons résultats. En particulier, dans une luxation double postérieure, ou antérieurement une ostéotomie sous-trochantérienne avait été pratiquée, la résection arthroplastique pratiquée sur la 2e hanche fournit une stabilité supérieure.

En face de ces travaux de l'Ecole lyonnaise, la thèse de Barcat, basée sur les résultats éloignés de 80 observations de butées ostéoplastiques pour subluxations de la hanche provenant de la pratique du professeur Mathieu et de la nôtre, constitue un travail considérable. Nous ne pouvons, ici, qu'en résumer les conclusions :

Le traitement des subluxations congénitales à la hanche est essentiellement chirurgical. La butée ostéoplastique trouve une « indication *absolue* dans les subluxations dou-

loureuses non compliquées, quels que soient, par ailleurs, le type anatomique des lésions et l'âge du malade ». Elle est *relative* lorsque la subluxation se complique d'arthrite ou de déformations épiphysaires importantes. Les contre-indications principales sont : une arthrite grave — la coexistence d'arthrite et de grosses déformations céphaliques — l'âge, si le malade a plus de 45 ans.

Ces cas spéciaux nécessitent une thérapeutique différente ou associée, que l'auteur discute. Le plus important, celui qui se présente le plus souvent, est celui d'une subluxation douloureuse avec grosses déformations d'arthrite. Dans ce cas, d'emblée M. Tavernier pratique la résection arthroplastique sans avoir recours à la butée. Dans une telle occurrence, le professeur Mathieu fit d'abord une butée, qui amena la sédation des douleurs, mais après un certain temps celles-ci se reproduisirent. Il pratiqua alors une résection arthroplastique avec appui sur la butée. Le résultat fut excellent et ce mode de faire lui paraît une formule d'avenir.

Le traitement de l'épiphysiolyse de l'extrémité supérieure du fémur avec léger déplacement, par Ph. D. Wilson (New-York). *The J. of bone and Joint Surg.*, avril 1938, pp. 379-399, 9 fig.

Lorsque le diagnostic de l'épiphysiolyse a pu être fait au début, les troubles fonctionnels sont très minimes et le traitement est différent de celui qui est nécessaire ultérieurement avec de grosses déformations.

L'auteur a pratiqué dans ces bas la fixation de l'épiphyse par le clou de Smith Petersen, déambulation avec un soulier surélevé du côté sain et des béquilles pendant huit semaines. Au bout de quatre à six mois, la fusion osseuse de l'épiphyse est obtenue.

L'auteur a opéré ainsi neuf cas depuis 1934. L'arrêt de développement consécutif à la soudure prématurée de l'épiphyse est nulle ou infime, car l'épiphysiolyse se produit entre 10 et 16 ans, et, après 12 ans, la croissance en ce point est très petite et la soudure se fait vers 15 ans.

Le traitement chirurgical de la coxarthrie, par le Prof. Paul Mathieu, Dr Paul Padovani, Prof. ag. Fl. Coste. La journée du rhumatisme (3 déc. 1938), *Revue du Rhumatisme*, décembre 1938, pp. 945-954.

Indications et résultats éloignés du forage dans l'arthrite chronique de la hanche, par J. Graber-Duvernay (Aix-les-Bains). *Revue du Rhumatisme*, décembre 1938, pp. 1005-1007.

A propos de la technique et des résultats du forage du col fémoral dans le traitement de l'arthrite chronique déformante de la hanche, par P. Padovani. *Revue Médicale Française*, octobre 1938, pp. 555-559.

La section du nerf obturateur dans les arthrites sèches douloureuses de la hanche, par M. Tavernier. *Soc. de Chir. de Lyon*, 15 déc. 1938.

Les travaux ci-dessus constituent une tentative fort intéressante de mise au point du traitement de la coxarthrie, resté jusqu'ici assez imprécis.

M. Coste se basant sur l'étude de 271 cas, et principalement sur 156 malades suivis à distance, passe en revue les résultats à distance obtenus par le traitement médical. Il arrive à constater que dans 53,3 % des cas, on a pu obtenir des résultats favorables durables, mais des multiples traitements employés, il n'en retient que deux capables de donner ce résultat stable : la radiothérapie et les injections para-articulaires d'histamine.

Le traitement chirurgical puise ses indications des échecs du traitement médical, mais l'auteur insiste sur ce point que trop de malades arrivent au chirurgien à un âge trop avancé, après avoir perdu inutilement un temps précieux à des thérapeutiques inefficaces.

Très justement, le Prof. Mathieu distingue dans le traitement chirurgical les interventions mineures et les interventions majeures.

Les premières s'adressent presque exclusivement au symptôme douleur. Parmi elles, il place le forage, l'ablation des ostéophytes, la section du nerf obturateur.

M. Padovani a recherché les résultats éloignés des 16 malades forés dans le service. Il y a eu 4 bons résultats (cessation de la douleur, et dans 3 cas augmentation des mouvements). Dans les 12 autres cas, le résultat a été minime ou nul. Ce pourcentage est le même que la statistique belge de Neuman et R. Sœur (3 succès sur 11 cas).

La statistique de Graber-Duvernay est plus optimiste : sur 37 malades opérés depuis 1930, 29 sont encore en vie, et 17 opérés depuis plus de 4 ans. Sur ces 17 cas, 8 sont nettement améliorés. L'auteur insiste sur la nécessité d'atteindre le centre de la tête fémorale par un repérage radiologique précis. La plupart des échecs sont dus à une technique insuffisante.

Hybbinette a préconisé de faire des forages multiples en différentes directions afin d'atteindre plus sûrement les lésions. Graber-Duvernay a employé 3 fois cette technique et a eu 3 succès.

L'ablation des ostéophytes, opération ancienne, a été reprise récemment par Smith Petersen et par Sorrel.

Le nerf obturateur constitue la partie la plus importante de l'innervation sensitive de la capsule articulaire. Pour être efficace, il faut la pratiquer sur le tronc, le plus haut possible. C'est pourquoi, à la voie crurale et inguinale, Padovani préfère la voie intra-abdominale.

Dans les 7 cas opérés on a obtenu un bon résultat sur les douleurs et la contracture des adducteurs. M. Tavernier qui l'a utilisée dans 9 cas en a retiré une impression très favorable.

L'intervention majeure, constituée par la résection arthroplastique de la hanche s'adresse, non seulement aux douleurs, mais aussi à obvier à l'enraidissement progressif et aux attitudes vicieuses. Elle s'adresse aux cas graves, aux lésions bilatérales surtout, lorsque le traitement médical et les opérations mineures se seront montrées insuffisantes.

Le Prof. Mathieu en expose en détail la technique : sur 49 cas opérés pour coxarthrie bilatérale, il y a eu 50 % de bons résultats. Dans la coxarthrie unilatérale, ce pourcentage s'élève à 70 %.

La mortalité n'a pas dépassé 6 %.

A propos du traitement chirurgical des arthropathies tabétiques de la hanche (travail du Service du Prof. Mathieu), par P. Lance. *Revue Médicale Française*, octobre 1938, pp. 543-548, 1 fig.

Il ne faut pas croire que les troubles trophiques et la fragilité osseuse siégeant sur les extrémités articulaires mettent les arthropathies tabétiques en dehors de toute thérapeutique chirurgicale.

L'auteur rapporte des exemples déjà anciens et assez nombreux de résection du genou.

Pour la hanche, il n'a pu relever dans la littérature médicale que 3 observations de résection. Il apporte 3 observations inédites d'opérations sur des hanches tabétiques.

La première (Prof. Mathieu) concerne une fracture spontanée récente du col fémoral, avec résorption rapide du fragment céphalique ; une résection arthroplastique pratiquée donne un bon résultat vérifié un an après.

Dans la deuxième (Prof. Mathieu), il s'agit d'une fracture spontanée du col fémoral déjà ancienne avec résorption de la tête et du col. Une arthrodise extra-articulaire permet d'obtenir une stabilisation suffisante du moignon fémoral qui persiste 5 ans après.

Le troisième cas (Dr M. Lance), concerne aussi une fracture spontanée du col fémoral, datant de 13 ans, avec disparition de la tête fémorale, mais persistance d'un moignon de col. Une butée ostéoplastique a permis d'obtenir une stabilisation suffisante du fémur dans la fosse iliaque qui persiste un an après.

L'auteur résume ainsi l'état actuel des 41 indications chirurgicales dans les arthropathies du tabès :

1° Contre le trouble trophique lui-même, la sympathectomie péri-artérielle a pu, dans certains cas (arthropathies du pied et du genou) donner d'importantes améliorations ;

2° Dans les fractures spontanées du col fémoral à une période précoce, s'il subsiste un moignon de col, la résection arthroplastique peut obtenir un bon accrochage.

A une période tardive, dans les arthropathies à forme hypertrophique, les résections semblent améliorer beaucoup les malades.

Dans les arthropathies à forme athrophiques on aura recours, selon les possibilités, aux butées ou à l'arthrodise extra-articulaire.

La mobilisation sanglante de la rigidité post-traumatique du genou, par A. Bonola. *La Chirurgia degli organi di mov.*, octobre 1938, pp. 59-77, 29 fig.

Ce travail est basé sur 26 observations de l'Institut Rizzoli (Prof. Putti).

Les lésions qui causent ces raideurs post-traumatiques sont variables ; l'auteur distingue :

1° Les raideurs dues aux lésions de la peau et de la capsule articulaire (épaississement, sclérose, etc.) ;

2° Celles dues aux adhérences intra-articulaires, adhérences de la rotule, adhérences intercondyliennes soit antérieures (bloquant la flexion), soit postérieures (limitant seulement la flexion extrême) ;

3° Les bloquages par corps étrangers ;

4° Les raideurs par altérations des cartilages articulaires.

L'auteur expose les détails de la technique opératoire. Les indications et contre-indications. L'arthrotomie est faite par l'incision externe de Kocher élargie; les adhérences libérées, on constate si la possibilité de la flexion est obtenue, sinon la protubérance tibiale est détachée avec le tendon rotulien et réinsérée plus haut après fermeture des téguments par un clou à double tête (pour faciliter l'enlèvement) ; si l'on trouve des altérations du cartilage sur un condyle, il est engainé dans un lambeau de fascia lata.

Dans quelques cas, pour obtenir un flexion suffisante du genou, on a été obligé de pratiquer, soit d'emblée, soit dans la 2e opération ultérieure, l'allongement du tendon du quadriceps.

Les soins post-opératoires ont une importance capitale. Début de la mobilisation passive sous extension continue dès le 10e jour, puis mobilisation dans l'appareil de Bonnet sous l'action d'un appareil de chauffage de Bier (Pasquali) ; on arrive assez vite à une flexion de 50 à 60°, mais ensuite, il faut parfois des mois pour obtenir une flexion étendue, et des progrès sont obtenus pendant plusieurs années. Des récidives ont été observées dont l'auteur analyse les causes et des opérations secondaires ont été nécessaires.

Au total, sur 24 cas, il n'y a eu que 2 insuccès, 3 résultats médiocres. On a obtenu 12 bons résultats et 7 très bons.

La transplantation dans le genou paralytique, par F. Perricone. *La Chir. degli org. di movimento*, décembre 1938, pp. 157-175, 14 fig.

Ce travail est basé sur les observations de l'Institut Rizzoli, de Bologne.

Après avoir résumé les travaux antérieurs, l'auteur expose en détail les indications de la transplantation tendineuse. Elles sont rares. Sur 2.000 poliomyélites soignées à l'Institut, il n'y a eu que 82 cas qui en ont été justiciables.

Deux points très importants ressortent de cet important travail.

On a beaucoup discuté sur le choix des muscles à transplanter ; on redoutait que les fléchisseurs n'arrivent pas à s'adapter au rôle d'extenseur du genou. Il n'en est rien, le travail de Perricone, confirmant celui de Crego et Fischer (1931), montre que la transplantation du biceps dans la rotule donne d'excellents résultats.

Sur 54 cas revus à distance, Crego et Fischer avaient constaté : 31 fois l'extension active du genou, 14 fois la stabilisation du membre, et il n'y avait eu que 9 échecs.

Perricone a pu retrouver 20 opérés dont certains, fort anciens, sur lesquels 18 fois on a obtenu l'extension active ou la stabilisation du genou.

Un autre point important est celui-ci : Scherb a posé en loi qu'un muscle transplanté sur un antagoniste ne s'adapte à sa nouvelle fonction que si tous les muscles du groupe qu'il est chargé de suppléer restent tous définitivement paralysés. Ici donc, si le quadriceps n'était que partiellement paralysé, le biceps transplanté ne devrait pas s'adapter à sa fonction d'extenseur. Or, Perricone a constaté chez des anciens opérés, que le biceps transplanté et le quadriceps se contractaient en même temps dans la marche (contraction automatique).

L'auteur fournit cette explication.

Dans la paralysie des muscles de la jambe, la loi de Scherb se vérifie toujours, parce que tous les muscles sont innervés par le sciatique et proviennent d'un même centre d'automatisme médullaire qui ne peut fonctionner à la fois comme extenseur et fléchisseur.

A la cuisse, le quadriceps est innervé par le crural (2e, 3e, 4e paire lombaire), le biceps par le sciatique (5e paire lombaire, et 1re et 2e sacrée), le centre d'automatique médullaire n'est pas le même. Ils peuvent donc fonctionner synergiquement dans le même mouvement.

Allongement du squelette jambier, par David M. Bosworth. *Surg. Gyn. and Obst.* mai 1938, pp. 912-924, 16 fig.

Après un historique de la question, l'auteur montre que la question pose 4 poblèmes : 1 ° la section du squelette jambier ; 2° sa transfixion ; 3° la traction graduelle ; 4° le maintien de l'allongement obtenu.

Pour la traction, l'auteur se sert de transfixion par broches ou fils de Kirchner, mais 2 broches sont insuffisantes. Pour empêcher la bascule des fragments, il faut 2 broches supérieures et 2 broches inférieures.

L'opération comporte donc : l'incision, le placement des 4 broches de haut en bas et des étriers, l'ostéotomie du tibia en baïonnette à la scie de Gigli, la section du péroné, le placement des tiges latérales. Sur ces tiges sont tendues des bandes de toile de soutien, en hamac.

L'allongement n'est commencé que 2 ou 3 jours après l'ablation des points de suture, sans quoi la douleur est trop vive. L'allongement est obtenu lentement par étapes. Le temps de maintien de l'appareil a été de 3 à 5 mois. On met ensuite un plâtre et la marche n'a été reprise qu'après 4 à 7 mois chez l'enfant, 12 à 16 mois chez l'adulte. On a observé quelques complications dues surtout à un allon-

gement trop rapide : 3 infections, 6 fois l'éversion du pied, pied creux avec orteils en griffe, sans paralysie.

34 allongements ont été effectués (4 fractures anciennes, 3 récentes, 1 coxalgie, 1 ostéite fibreuse, 2 arrêts de développement, 2 luxations congénitales de la hanche, 3 dyschondroplasies, 6 poliomyélites, 13 membres congénitalement courts) dans les huit dernières années. On a pu gagner une longueur variant de 3 centimètres à 8 centimètres. Dans tous les cas, le gain obtenu a été celui réclamé pour l'égalisation des membres inférieurs.

LIVRES NOUVEAUX

Actualités médico-chirurgicales par les chefs de clinique de la Faculté de Médecine de Marseille (quatrième série). — Neuf conférences par MM. Alliez, Audier, Buisson, Darcourt, Dor, Dumon, Olmer, Recordier, Sarradou, Paris. Masson 1939.

Nouveau recueil comprenant comme les précédents des mises au point cliniques et thérapeutiques sur des sujets médicaux ou chirurgicaux : troubles psychiques des encéphalites chez l'enfant, paralysies des cardiaques, accidents nerveux et bradycardie, perforations intestinales dans la fièvre typhoïde, traitement de la luxation congénitale de la hanche, de l'abcès du poumon, etc., etc., tous sujets exposés sous une forme volontairement succincte mais claire et vivante pour rectifier et compléter en accord avec les données les plus récentes les connaissances du praticien.

L. B.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'AGREGATION AUX ETRANGERS

Le 8 juillet 1939 paraissait dans la grande presse un communiqué du Ministère de l'Education nationale, à propos des candidats étrangers au concours d'agrégation : ce communiqué disait notamment : « Cette disposition fait l'objet du paragraphe 2, nouvel article 6 de l'arrêté du 31 juillet 1934 ».

Il apparaissait ainsi aux lecteurs que l'inscription des candidats étrangers au concours était prévue par des dispositions antérieures.

En fait, il n'en était rien, car le « paragraphe 2 du nouvel article 6 n'était encore qu'un projet alors que le concours était terminé.

Le texte en vigueur au moment des épreuves était le suivant (*Journal Officiel* du 25 août 1934, page 8875) :

« Art. 6. — Nul n'est admis à s'inscrire aux épreuves de l'agrégation s'il n'est Français ou naturalisé Français ; s'il ne jouit de ses droits civiques et s'il ne justifie du grade de docteur en médecine ».

« Art. 8. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est arrêtée par le Ministre après avis du Doyen de la Faculté et du Recteur de l'Académie de leur résidence ».

Il appartiendra au Conseil d'Etat de préciser les responsabilités si les formes légales n'ont pas été respectées.

A. Herpin.

CONGRÈS

RÉUNIONS MÉDICO-JURIDIQUES INTERNATIONALES pour la protection de la population civile en temps de guerre

(*Liége, 24-26 juin 1939*)

Sous l'impulsion des événements actuels, qui mettent au premier plan de l'actualité, l'étude de l'organisation des pays en temps de guerre, un Comité constitué à Liége avait réuni des médecins et des juristes pour étudier les questions de la protection de la population civile.

Les débats étaient présidés par M. le Baron Meyers, Procureur Général Honoraire de la Cour d'Appel de Liége, assisté de M. Paul Tschoffen, Bâtonnier de l'Ordre des Avocats et du Docteur Firket, Professeur à la Faculté de Médecine de Liége.

Les études portèrent sur trois points importants :

1° *La valeur des Conventions Internationales pour la Protection de la Population civile.*

Le Professeur de La Pradelle, de la Faculté de Droit de Paris, exposa tout l'historique de la question des lois de la guerre dont la Convention de La Haye est l'aboutissant pratiquement périmé. Il insista sur les grands mouvements créés par le Comité International de la Croix-Rouge, le Comité International de Médecine Militaire, le Comité de Monaco, l'Association des Lieux de Genève et l'International Law Association et montra tout ce qu'on peut espérer de l'activité du Comité de Luxembourg. Celui-ci ne demande qu'à coordonner tous les efforts épars et est à la disposition de toutes les bonnes volontés pour arriver à créer le mouvement d'opinion indispensable à la réalisation des principes d'humanité.

Ce sont ces grands principes moraux qui sont à la base de ce mouvement et qui devraient suffire entre nations civilisées, mais les conventions internationales sont cependant nécessaires pour régler les détails pratiques et les moyens de réalisation.

Le concept des « Lieux de Genève » ou villes de sécurité est une des modalités les plus intéressantes et il y a lieu de mettre tout en œuvre pour en obtenir la réglementation internationale. Les expériences partielles faites en Chine et en Espagne montrent qu'on peut espérer voir progresser cette idée.

A la suite de la discussion, l'assemblée émit le *vœu :*

« que le problème de la Protection de la Population « civile en temps de guerre soit étudié sous toutes ses « faces d'une façon minutieuse, en faisant appel à tous « les concours possibles : médecins, juristes, militaires, « diplomates, etc.,

« que la question des « Lieux de Genève » ou villes de « sécurité, qui constitue une des réalisations les plus objec- « tives de cette protection, soit approfondie de façon à « arriver à une solution définitive,

« que soit entreprise une campagne dans l'opinion « publique de façon à obtenir que les principes de cette « protection soient étudiés dès le temps de paix et non pas « au moment où leur réalisation, dès le début des hosti- « lités, rencontrerait des obstacles insurmontables. »

2° Le Dr Decharneux exposa un rapport très documenté sur l'*organisation médicale d'un pays mobilisé.*

Il montra la nécessité d'une entente et d'une coordination absolues entre les Services de Santé de l'Armée et ceux des Ministères de l'Intérieur et de la Santé. Il exposa les difficultés de la mobilisation nationale médicale et proposa une série de solutions qui doivent, de toute urgence, être prises en considération par les autorités responsables. Notons en passant la nécessité de l'organisation médicale professionnelle du territoire, l'utilisation des laboratoires et des luttes épidémiologiques, la nécessité d'ententes internationales pour la remise des territoires occupés en sauvegardant le fonctionnement des services hospitaliers ou des services assurant la Santé et l'Hygiène publiques.

Notons aussi la nécessité qui fut soulignée par divers orateurs de donner à tous les médecins civils un enseignement de la pathologie d'armée, car chacun de ces médecins civils peut avoir à appliquer les données très spéciales de la médecine, de la chirurgie ou de l'hygiène militaires : il est évident que les civils courront, dans la guerre future, des risques aussi grands que les militaires.

La discussion a abouti au vote du *vœu* suivant :

« Il serait souhaitable que l'organisation du Service « médical civil en temps de guerre fasse dès à présent « l'objet d'une Conférence diplomatique qui recherche, » dans l'intérêt même des populations civiles, surtout « en cas d'invasion, les moyens d'assurer les soins médi- « caux des nations belligérantes suivant un plan général « conçu en s'inspirant des mêmes idées et du même pro- « gramme.

« Elle étudierait, en outre, les termes d'une Convention « qui, s'inspirant de la Convention de Genève, assurerait « autant que possible la protection des bâtiments et du « personnel du Service civil, non seulement contre les « bombardements et les attaques aériennes, mais encore et « surtout, qui garantirait leur immunité et la libre vaca- « tion à leurs devoirs professionnels, en territoire occupé, « sans aucune contrainte de la part de l'envahisseur ».

3° Enfin, le Dr Moureau a fait une communication très importante sur l'*organisation de la transfusion sanguine en temps de guerre.*

La transfusion sanguine doit faire l'objet d'une réglementation très serrée qui ne peut trouver de solution pratique que dans une collaboration très étroite entre les Services de Santé des Armées, la Croix-Rouge et les Services nationaux d'hygiène. La recherche des donneurs, la récolte et la conservation du sang sont des problèmes pour lesquels une coordination des efforts est une condition essentielle d'efficacité.

L'ensemble de ces problèmes mérite, de la part de tous ceux qu'intéresse l'avenir de l'humanité, une attention soutenue. Le Gouvernement belge s'en est préoccupé tout dernièrement. Quelques jours après les Réunions Médico-Juridiques de Liége, une conférence, qui groupait les représentants du Service de Santé de l'Armée, de l'Etat-Major, de la Croix-Rouge, de la Défense passive et des hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé Publique, s'est tenue à Bruxelles, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé Publique. Elle a abouti à la création d'une commission présidée par M. le Directeur Général du Ministère de la Santé Publique, ayant pour but d'étudier les moyens d'assurer la coordination entre les services intéressés dans chaque région du pays.

Il faut que le plus tôt possible des solutions pratiques interviennent, et c'est là un des buts que poursuit le Comité de Luxembourg, Centre international d'information et d'action pour la Protection de la Population civile en temps de guerre ; c'est d'ailleurs la revue de ce Comité qui publiera *in extenso* toutes les délibérations de ces Réunions médico-juridiques.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 63. — MERCREDI 9 AOUT 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

Hémiatrophie faciale progressive chez un garçon de treize ans, par MM. L. BABONNEIX et G. HOUZEL.

Un foyer de découverte de chimie médicale : La biochemical reserch foundation of the Franklin Institute (Philadelphie), par le Dr J. BALAZUC.

Sociétés Savantes.

Société Médicale des Hôpitaux.

Livres nouveaux.

Notes pour l'Internat.

Nerf sciatique poplité externe (fin), par M. M.-H. SERVELLE.

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Lausanne. — Le docteur Hauduroy, assistant à la Faculté de Médecine de Paris, vient d'être nommé professeur extraordinaire de Bactériologie et Hygiène à la Faculté de médecine de Lausanne.

Guerre. (ACTIVE). — Par décision du 27 juillet 1939, sont nommés « assistants des hôpitaux militaires » et rempliront ces fonctions, à partir du 1er octobre 1939, les médecins capitaines ci-après désignés :

Section de médecine. — M. Dancenis, de la 2e région; M. Sabatier, de la 15e région; M. Blancardi, des troupes du Maroc; M. Olivier, de la 13e région; M. Balgairies, de la 6e région.

Section de chirurgie. — M. Guinchard, de la 6e région ; M. Schneyder, de la région de Paris; M. Barbelanne, de la 20e région; M. Cazals, des troupes du Maroc; M. Petchot-Bacque, de la 7e région.

Section électroradiologie. — M. Bory, de la 15e région; M. Robine, des troupes de Tunisie.

(RÉSERVE). — Par décision du 26 juillet 1939 et par application de l'article 23 de la loi du 8 janvier 1925, sont placés dans la position d'officier honoraire, à compter du jour de leur radiation des cadres :

Avec le grade de médecin colonel. — MM. Lemierre, Argaud, Perrin.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel. — MM. Pottier, Schmitt, Blondeau, Lavenant, Suttel, Vorbe, Lande.

Avec le grade de médecin commandant. — MM. Descoust, Ebstein, Oppert, Pfulb, Roederer, Schaefer, Treves, Sourdeau, Sarazanas, Poissonnier, Meynier, Combes, Igonel, Lagache, Poucel, Crebassol, Bouveret.

Avec le grade de médecin capitaine. — MM. Desmarquest, Gosselin, Ducatillon, Faidherbe, Poirel, Bardoz, Cagninacci, Jobard, Couturier, Jossu, Delolm de Lalaubie, Réau, Poisson, Salinier, Guichou, Mistral, Cazaillet, Laurent, Soulier, Dreyfuss, Meyer, Chirpas-Cerbat, Villechaise, Kaiser.

Avec le grade de médecin lieutenant. — MM. Willerval, Gatineau, Fournier, Fillion-Roux, Nebout, Dodinet, de Grenier, de Rudelle, Perié, Castex, Guitton, Oustric.

Ecole du Service de Santé Militaire. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir dans les centres et aux dates ci-après les épreuves orales du concours d'admission à l'école du service de santé militaire en 1939.

SECTION DE MÉDECINE. — *Lyon* (école du service de santé militaire). 22 août 1939.

Candidats à 12 inscriptions : Lévy.

Candidats à 8 inscriptions : Bénazet, Borromeï, De Brisson de Laroche, Cochin, Dulac, Fosse, Lautier, Martin-Sibille, Miffred, Rauzy, Tauzin, Trinité-Schillemans.

Candidats à 4 inscriptions : Albertini, Anraedt, Audugé, Bailly, Baron, Barrière, Bernard, Bonnicel, Bucaille, Cel-

lier, Chevalier, Chièze, Clavel, Comet, Constant, Domens, Dorland, Dumas, Dutheil, Engles, Farizon, Garrigou, Girard, Gra, Grenaut, Jauneau, Jouvet, Leclercq, Macé, Mathelié-Guinlet, Matheron, Mathurin, Mauriange, Meynier, Miéral, Missenard, Molinier, Nivière, Parenty, Pécastaing, Peschaud, Phélippon, Picamoles, Pierson, Ponroy, Pousse, Prud'homme, Prudhon, Rojon, Rongier, Rossel, Serre, Tardos, Varinot, Velay, Vulliet.

Candidats P. C. B. : Amiot, Berthet, Bonnet, Bouchard, Cartillier, Chamagne, Chamard, Coquet, Delenne, Depierre, Déplanche, Durant, Gache, Gaujard, Gay, Graber, Gras, Hérard, Kolopp, Laurent, Lazareth, Léger, Loisy, Marandet, Martin, Mayet, Mignard, Mounier, Parodi, Pascot, Promonet, Rousseau, Roux, Roy, Saubier, Sautot, Schmid, Soulié, Thibault de Cololendy de Beauregard, Vacher, Valnet, Viallet, Vialletel, Vidal.

Strasbourg (hôpital militaire). 28 août 1939.

Candidat à 8 inscriptions : Langard.

Candidats à 4 inscriptions : Aigle, Foliguet, Malard, Navel.

Candidats P. C. B. : Fortin, Haas, Hermann, Husson, Metz, Tridon.

Paris (hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce). 30 août 1939.

Candidats à 12 inscriptions : Jeudy, Moitel, Tauzin.

Candidats à 8 inscriptions : Demesse, Eyquem, Eyrolle, Farsy, Léandri, Lehmann, Charet, Guérard.

Candidats à 4 inscriptions : Agnez, D'Haussy, Krizek, Priolet, Raby, Simonet, Souweine.

Candidats P. C. B. : Balmary, Bongard, Bourrelier, Carde, Chédorge, Dorotte, Gascou, Giacomi, Goujon, Guillet, Heymans, Hinaut, Laborde, Laine, Laisné, Laurent, Lépagney, Leroux, Michon, Millot, Mougin, Péguilhan, Prévot, Remonay, Valembois, Valette, Vidal, Weckerlé, Yger, Zwicker.

Rennes (hôpital militaire). 2 septembre 1939.

Candidat à 12 inscriptions : Collignon.

Candiats à 8 inscriptions : Berroche, Chambelland, Sagot.

Candidats à 4 inscriptions : Cauret, Causse, Galais, Liboulan, Manach, Morin, Mouroux, Moutet, Olsen, Poulizac, Ropert, Tournoux, Tréguier.

Candidats P. C. B. : Ceccaldi, Fauré, Guillerm, Séguineau.

Bordeaux (direction du service de santé, caserne Pelleport, 11, rue de Cursol). 5 septembre 1939.

Candidats à 8 inscriptions : Favreaux, Guzy.

Candidats à 4 inscriptions : Bergues, Bertrac, Bourlaud, Caille, Cancel, Castet, Césard, Coldefy, Crutchard, Demarchi, Gandin, Girard, Guilleméteau, Joany, Lacroix, Lagarde, Lamou, Ménantaud, Merlihot, Merzeau, Rivemale, Robin de Saint-Pastou de Bonrepeau, Salinier, du Sorbiers de la Tourrasse, Vauthier, Viarnaud.

Candidats P. C. B. : Auban, Bartier, Carnac, Casenave, Fribourg-Blanc, Grenier de Cardenal, Soulignac.

Toulouse (hôpital militaire). 8 septembre 1939.

Candidats à 12 inscriptions : Demarty, Seigneuric.

Candidats à 8 inscriptions : Faure, Julia.

Candidats à 4 inscriptions : Avezou, Delbosc, Fourcade, Francou, Grès, Laffitte, Laporte, Portal, Soubiron.

Candidats P. C. B. : Desangles, Vinel.

Montpellier (faculté de médecine). 11 septembre 1939.

Candidats à 8 inscriptions : Collon, Le Quéré, Renaudat.

Candidats à 4 inscriptions : Deroudilhe, Pomier-Layrargues.

Candidats P. C. B. : Bonal, Braun, Conte, Dagneaux, Froger, Juillan, Massif, Tigrane, Vial.

Marseille (hôpital militaire). 13 septembre 1939.

Candidats à 8 inscriptions : Bouchel, Dumoulin, Eberlé.

Candidats à 4 inscriptions : Auguin, Balley, Bonfante, Bouchit, Braggini, Briskine, Brun, Brun-Buisson, Curnier, Ferrat, Gaubert, Helluy, Huart, Imbert, Leclercq, Loniewski, Marion, Olivero, Robaglia, Séranne, Simond, Torre.

Candidats P. C. B. : Bertet, Blaquière, Fabre, Féraud, Grimaud, Morani, Quilichini.

Tous les candidats devront être présents dans les centres respectifs à 7 h. 45.

Les épreuves commenceront très exactement à 8 heures.

Les candidats devront remettre au président du jury un certificat de scolarité attestant qu'ils ont satisfait aux examents afférents à leur scolarité; ceux qui ne pourraient présenter ce certificat ne seraient pas admis à prendre part aux épreuves. Les diplômes originaux ne seront pas acceptés.

Marine. — Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Toulon et de Rochefort aura lieu à Toulon ou à Brest, en octobre 1939, dans les conditions fixées par le décret du 20 décembre 1930 et l'arrêté du 22 décembre 1930, modifié le 26 juillet 1934.

La date de ce concours sera précisée ultérieurement.

Les médecins de 1re classe et de 2e classe, ayant accompli une année d'embarquement dans leur grade, seront autorisés à prendre part à ce concours.

Nécrologie

Pierre Rousseau (Pierre Vellones)

Il y a peu de jours, décédait à Paris, à l'âge de 51 ans, le docteur Pierre Rousseau, ancien interne des hôpitaux de Paris. Ce charmant confrère n'était pas seulement un praticien de haute conscience et de très grande valeur, un être exquis, aimé de tous ceux, malades et amis, qui l'approchaient, il était aussi un compositeur de musique justement admiré. Il avait, si nous ne nous trompons, pris, à ses débuts, le pseudonyme de Pierre Roger, avant d'adopter celui de Pierre Vellones qui devait atteindre la grande réputation.

Pierre Rousseau était doué des plus rares qualités de l'esprit et du cœur, il était un ami sûr et fidèle qu'on était toujours sûr de retrouver. Les regrets qu'il laisse sont immenses.

Notre collègue était le fils du très regretté Gabriel Rousseau, ancien interne des hôpitaux de Paris. Il était le beau-frère du médecin-colonel Legendre et appartenait à une famille ayant de très nombreuses attaches médicales.

Nous prions Mme Pierre Rousseau et ses enfants, Mme Gabriel Rousseau, le docteur et Mme Legendre, de trouver ici l'expression de notre sympathie très profondément attristée.

F. L. S.

OKAMINE

CYSTÉINEE

Formule n° 3 du Dr Hervouët

20 ampoules pour 10 inj. — tous les 2 jours

Tuberculoses graves ou tenaces

ne pas cesser prématurément.

ASSUR. SOCIALES REMBOURSENT

SIMPLE

Formule n° 2 du Dr Hervouet

10 Ampoules — inj. tous les 2 ou 3 jours
Dragées (40) — 2 à 4 au petit déjeuner

Tuberculoses ordinaires courantes

Pierre BUGEARD, pharmacien, 13, rue Pavée, PARIS (4e) - Dépôt général : **DARRASSE frères**

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3. **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple,** moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*



Digestions pénibles lentes et retardées

Insuffisance gastrique

HÉMIATROPHIE FACIALE PROGRESSIVE CHEZ UN GARÇON DE TREIZE ANS

Par MM. L. Babonneix et G. Houzel

Les cas d'hémiatrophie faciale progressive, chez l'enfant, ne sont pas des plus nombreux. Aussi peut-il y avoir quelque intérêt à en rapporter un, que l'un de nous suit déjà depuis une dizaine d'années.

Observation. — P..., 13 ans, vu le 27 juillet 1933.

A. H. et A. P. — Les parents ne sont pas consanguins. Ils ont deux autres enfants, qui jouissent, comme eux, d'une parfaite santé.

L'enfant est venu au monde à terme, à la suite d'une grossesse normale. L'accouchement s'est effectué sans complications. De poids suffisant, le jeune P. a crié tout de suite; il a marché et parlé de bonne heure. Il a toujours été bien portant jusqu'à 8 ans.

H. de la M. — A ce moment, sans aucune cause apparente, sans névralgie antécédente, sans secousses des muscles sous-jacents, le parents se sont aperçus que la partie gauche de la face s'atrophiait et devenait le siège d'une légère pigmentation. Le début, insidieux, progressif, ne s'est accompagné ni de phénomènes généraux, tels que fièvre, ni de troubles nerveux : douleurs, prurit, diminution de l'activité intellectuelle, troubles du caractère. Les premiers symptômes ont intéressé la région frontale gauche. Depuis lors, l'atrophie n'a fait que progresser (fig. 1).

E. A. — Toute la moitié gauche de la face est en retrait sur la droite et est le siège d'une pigmentation brunâtre qui, d'après l'entourage, s'accentue peu à peu. En observant de plus près, on s'aperçoit que la bosse frontale gauche est la région la plus atteinte : tout en conservant sa convexité habituelle, elle est nettement en retrait sur son homologue du côté droit, la peau qui la recouvre est le siège d'une vaste tache pigmentaire qui, séparée du reste du front, sur la ligne médiane, par un trait vertical, s'étend jusqu'à la paupière inférieure. Le reste du côté gauche de la face présente les mêmes lésions, mais moins accusées : la peau y est amincie, déprimée, un peu rétractée, le tissu cellulaire sous-cutané paraît atrophié. Le squelette n'est pas modifié. Peut-être la moitié gauche de l'orifice nasal est-il un peu rétréci. A ces constatations, à la chute de la partie correspondante des cheveux, à un peu d'hypoesthésie cutanée et à une légère rétraction de l'œil se limitent les phénomènes pathologiques observés. Il n'existe aucun trouble neurologique ou psychique, aucune anomalie congénitale, aucune altération de la santé générale.

A la radiographie du crâne et de la face, on note :

1° Des irrégularités de la table interne;

2° Un élargissement de la suture fronto-pariétale, partiellement dédoublée.

Le 20 juin 1939 son état est le suivant :

Grand garçon de 1 m. 73, il est maigre, facilement fatigué et porte, de plus en plus accentuée par la croissance, la marque de son hémiatrophie faciale.

Même trait vertical fronto-pariétal avec pigmentation plus marquée et peau amincie directement sous le plan osseux. L'œil est plus petit qu'à droite par suite de l'atrophie de la cavité orbitaire. Mais ce qui frappe le plus, c'est la dépression maxillaire sous-orbitaire qui fait un creux disgracieux. Ce jeune homme paraît avoir été trépané du sinus maxillaire; son effondrement donne à la physionomie un aspect très irrégulier.

La dépression du sinus maxillaire n'apparaît pas dans la cavité buccale mais on note qu'il n'y a aucun germe dentaire au maxillaire gauche après la prémolaire. Le rebord osseux est atrophié et net de toute saillie.

En somme, hémiatrophie faciale gauche, au sujet de laquelle il est peut-être permis de faire quelques réflexions :

1° Comme dans la majorité des cas, la maladie a commencé vers 7-8 ans, par l'apparition d'une plaque pigmentaire et semble évoluer de manière progressive.

2° Quelques particularités sont à noter : le début, entièrement spontané n'a été marqué par aucun des



symptômes habituels : névralgie, secousses musculaires localisées au frontal, au sourcilier, aux zygomatiques, aux muscles de la houppe du menton.

Il n'existe aucun symptôme permettant d'affirmer l'existence d'une affection nerveuse associée, et, en particulier, aucune agénésie du pavillon de l'oreille.

3° Aucun élément, dans notre cas, ne permet d'incriminer de manière décisive une lésion du sympathique, dont le rôle, dans le déterminisme de la maladie, a si bien été discuté par MM. P. Mollaret et J. Sterne (*Encyclopédie médico-chirurgicale, Neurologie*, art. 13.509, 2. p. 16-17).

4° Pas plus que M. Sézary, qui a bien voulu examiner le malade, nous n'avons conseillé de traitement, les interventions sur le sympathique n'ayant pas encore fait leurs preuves et les injections sous-cutanées de paraffine n'offrant pas d'avantages bien nets.

Un foyer de découvertes de Chimie Médicale :

LA BIOCHEMICAL RESERCH FOUNDATION OF THE FRANKLIN INSTITUTE

(Philadelphie : Pensylvanie)

Directeur : Dr Ellice Mac Donald

Par le Dr Jean Balazuc
licencié ès Sciences
interne de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye
collaborateur
du Centre obstétrical de Saint-Germain-en-Laye
(chef de service : Dr J. Courtois)

La « Fondation pour les recherches biochimiques » de l'Institut Franklin de Philadelphie ne compte que trois années d'existence sous ce nom, étant née par transformation des Laboratoires de recherches sur le cancer, déjà âgés de 8 ans. Trois années de travail extraordinairement fécond, œuvre d'un ensemble discipliné, de chercheurs d'élite savamment dirigés et parfaitement outillés.

Les relations que nous entretenons avec son éminent directeur, le Dr Ellice Mac Donald, nous incitent à exposer pour le public médical français les méthodes de travail, la nature des recherches en cours, ainsi que les résultats obtenus dans cette institution, qui fait le plus grand honneur à la science moderne.

L'organisation. — La fondation, dont les laboratoires occupent plusieurs étages de l' « Integrity Trust Building » comprend un département chimique (Dr E. F. Schroeder), un département microchimique (Dr Herbert K. Alber), un département physique (Dr A. J. Allen), un département cytologique (Dr J. O. Ely), deux bibilothèques, dont l'une, la « Hoffmann library for cancer », est plus particulièrement consacrée aux statistiques ; enfin, un département administratif.

Un département de chimie physique est venu plus récemment se joindre aux précédents. L'ensemble réunit un total de plus de 50 techniciens spécialisés. Ces savants, jeunes pour la plupart, remettent périodiquement des rapports sur les résultats de leurs recherches aux chefs des départements : ceux-ci, à leur tour, communiquent périodiquement leurs rapports au directeur, qui assume le rôle délicat de coordonner les efforts et d'établir les nouveaux programmes d'investigation. La liaison est assurée avec des spécialistes venus de l'extérieur et astreints à des visites périodiques. En outre, des rapports étroits lient la Fondation à sa sœur physicienne, la « Bartol Research Foundation for Physics », ainsi qu'à la Station Expérimentale de la Compagnie du Pont de Nemours de Vilmington.

La Fondation est donc plus qu'un centre de recherches : c'est une expérience d'organisation de recherches, véritable transposition dans le domaine de l'investigation scientifique d'une entreprise industrielle où domine le souci du rendement.

L'enseignement, dispendieux en temps et qui grève si lourdement l'activité productrice des savants des Universités, se borne ici à la formation d'équipes spéciales de travailleurs lorsque le besoin s'en fait sentir.

L'outillage. — La Biochemical Research Foundation a *trois buts précis :*

1° L'étude de la pathogénie des maladies au point de vue chimique ;

2° L'étude de nouveaux composés chimiques susceptibles d'une application thérapeutique ;

3° L'étude des problèmes de la sénescence et la recherche de procédés susceptibles de prolonger la durée de la vie.

Cet ambitieux programme est poursuivi avec le constant souci de n'entreprendre que les expériences susceptibles *a priori* de résultats immédiatement féconds. Aussi, la question subjective de l'outillage joue-t-elle parfois un rôle déterminant dans l'élaboration des programmes de recherches. Un appareil nouveau ne permet pas seulement de résoudre le problème pour lequel sa construction — souvent énormément coûteuse — a été jugée nécessaire : il donne lieu aussi à une foule d'autres applications, ouvrant autant de pistes nouvelles aux chercheurs, et ceci presque toujours dans un domaine infiniment plus vaste que celui de la biochimie médicale. Nous citerons ici quelques-uns de ces appareils perfectionnés, parfois uniques en leur genre :

Les *appareils à ultra-centrifugation* de Svedberg (turbine à huile) et de Beams (turbine à air comprimé) permettent, grâce à leur énorme vitesse de rotation, de séparer des corps de poids moléculaire peu différent, par exemple les isotropes du chlore.

Avec un rotor très réduit, on est allé jusqu'à obtenir des vitesses de 20.000 tours à la seconde, multipliant par 7.300.000 l'intensité de la pesanteur. Les vitesses plus modestes de 500 à 600 tours par seconde utilisées ici développent une force centrifuge de 60.000 à 100.000 g, suffisante pour une étude très poussée de la nature des anticorps dans l'immunisation, de la combinaison porphyrine-sérum albumine dans les différentes formes d'ictères.

On a aussi pu montrer la spécificité zoologique des pigments respiratoires. L'ultra-centrifugation de l'hémocyanine d'un crustacé, par exemple, permet de reconnaître l'espèce à laquelle elle appartient.

Les *appareils à distillation dans le vide très poussé* (Langmuir et Washburn) tirent leur intérêt de la nécessité de distiller sans les décomposer des corps à molécules complexes. On y parvient en abaissant à l'extrême la tension de vapeur (10^{-6} mm. de Hg). En outre, l'oxygène et l'eau ayant disparu, la stabilité de la molécule organique se trouve augmentée et l'on peut dès lors élever la température sans inconvénient. C'est ainsi qu'on a pu préparer des polyesters et des polyamides complexes.

L'*étude des spectres d'absorption ultra-violets* à l'aide des *cuves à échelons en quartz* (Twyman, Spencer et Harvey) a reçu de nombreuses applications :

établissement des courbes spectrophotométriques des divers liquides de l'organisme (dont la bande d'absorption se trouve être située entre les longueurs d'onde de 2.800 et 2.400 angströms) et comparaison des courbes d'absorption du sérum et du plasma chez l'individu normal et l'individu cancéreux. On a étudié également les courbes de diverses solutions d'amino-acides et de polypeptides et les modifications du spectre d'absorption après exposition de ces substances à l'action des rayons X.

Dans le même ordre d'idées, le *microscope « tout en quartz »* a résolu nombre de problèmes. Le but primitif consistant à obtenir du microscope un pouvoir séparateur plus grand en utilisant la lumière ultra-violette, pour laquelle le verre ordinaire est opaque. Mais on en a profité pour étudier aussi l'absorption de diverses radiations monochromatiques par différentes parties de certains microorganismes et l'effet de ces radiations sur eux, d'où la relation entre l'absorption et l'effet produit. Cette méthode d'étude des micro-organismes vivants, non colorés, évite les artefacts dus aux préparations ordinaires et donne ainsi une connaissance plus complète et plus exacte de leur structure.

La *« lumière noire »* employée est produite par une lampe à vapeur de mercure, rendue monochromatique par un dispositif spécial. La mise au point diffère avec chaque longueur d'onde, le système optique « tout en quartz » du microscope n'étant pas achromatique ; aussi la vis de mise au point fine est-elle étalonnée à l'avance pour chaque longueur d'onde monochromatique. Ce microscope se prête très facilement à la cinématographie ; il suffit pour cela d'une banale camera pour film de 16 millimètres.

L'ultra-violet impressionne si bien le film que chaque cliché est instantané. Rien n'est plus facile dès lors que de filmer la croissance et la division des cellules : pour prendre les clichés à des intervalles convenables, il suffit de régler la vitesse du moteur.

C'est encore pour étudier l'effet nocif de l'ultra-violet sur les protozoaires, entre autres applications, que *le tube compteur de quanta de Geiger-Müller* a trouvé sa place parmi les modernes appareils dont disposent les chercheurs de la Fondation. Basé sur l'effet photo-électrique, il mesure l'énergie des radiations de faible intensité, qu'il s'agisse de vraies radiations — rayons gamma, X ou cosmiques — ou de particules alpha ou bêta. Sa sensibilité est telle qu'il répond à l'action ionisante d'un milligramme de radium à plusieurs mètres de distance.

Les appareils manométriques de Warburg et de Dixon-Keilin permettent de mesurer la variation de pression — à volume constant et à température constante — des gaz en solution dans le liquide de Ringer où baignent des coupes de tissus vivants. On mesure ainsi facilement *in vitro* le volume des gaz absorbés ou formés par le tissu étudié dont le métabolisme s'effectue dans les mêmes conditions qu'*in vivo*. On obtient de la sorte sur les réactions diastasiques, en très peu de temps et avec des quantités minimes de tissus, des précisions que des années d'expérimentation sur l'animal ne pourraient donner : c'est ainsi qu'on a pu notamment étudier la glycolyse anaérobie et comparer la formation de l'acide lactique dans les tissus normaux et dans les tissus cancéreux, mesurer l'activité de l'arginase sanguine, etc.

Plus de 10 diastases ont été étudiées en détail par la *méthode micro-chimique de Linderström-Lang* : là également on peut observer l'activité diastasique sur de très petits fragments de tissus dont la nature histologique est précisée par le microscope. Dans les meilleures conditions, on a pu opérer sur 10 cellules seulement! La sensibilité est 7.000 fois supérieure à celle des méthodes macroscopiques. Il est alors possible d'établir avec exactitude la corrélation entre l'effet diastasique et le type de cellule intéressé : de beaux résultats ont été obtenus sur les réactions diastasiques dans la caryocinèse des cellules cancéreuses.

Nous terminerons cette énumération avec une des plus belles réalisations de la technique : il s'agit du « *Cyclotron* » de 100 tonnes dont la construction, entreprise en collaboration avec la Fondation Bartol, n'a pas demandé moins d'un an.

Cet appareil, le premier de son espèce — une trentaine sont actuellement en construction dans différents pays — est un accélérateur à résonance magnétique de particules électrisées (E. O Lawrence). Ces particules, douées d'une haute énergie, venant à frapper des atomes, en produisent la transmutation (Cockroft et Walton, 1932) et les convertissent en noyaux radio-actifs qui se désintègrent spontanément.

Cette *radioactivation artificielle*, caractérisée par la production de noyaux à stabilité différée (1) présente sur la radioactivité naturelle le triple avantage suivant au point de vue thérapeutique :

1° Elle intéresse la plupart des corps simples, d'où la possibilité d'un choix très vaste ;

2° La durée de demi-destruction en est beaucoup plus brève que celle du radium : l'effet en est intense et court. C'est ainsi que le sodium artificiellement radioactif émet dix fois plus de photons gamma que le radium naturel ;

3° Les produits de désintégration sont stables, donc inoffensif, tandis que ceux du radium sont dangereux.

Dans le cyclotron, les dentérons (atomes d'hydrogène lourd, formés d'un proton et d'un neutron) subissent 200 fois en un deux cent millième de seconde l'impulsion oscillante d'un champ magnétique et d'un champ électrique de 50.000 volts : c'est une véritable fronde électromagnétique qui lance les particules sous une tension de 10 millions de volts à 30.000 kilomètres par seconde. Emergeant de l'appareil, elles rendent l'air lumineux sur 60 centimètres.

Les corps radioactifs obtenus émettent des photons gamma, des électrons, des positrons *ou* des neutrons.

Les applications, comme on peut s'en douter, débordent de beaucoup la biologie. Mais, dans le domaine qui nous occupe, il était intéressant non seulement d'obtenir des radioéléments particulièrement maniables, mais encore d'avoir en main des indicateurs chi-

(1) Découverte en France par Joliot et Mme Joliot-Curie (1934).

miques et biologiques d'une extrême sensibilité : il suffit en effet d'ajouter à un élément une infime partie de son isotrope radioactif pour en suivre la destinée « à la trace » à l'aide du tube-compteur de Geiger-Muller : la réaction n'en est pas le moins du monde troublée.

On peut ainsi vérifier qu'il ne se produit pas de pertes lors des filtrations. Enfin, on étudie de la même façon le *sort de certaines substances dans l'organisme.* C'est ainsi qu'en cultivant des levures sur un milieu synthétique dont les sulfates contenaient du soufre radioactif on a obtenu un glutathion radioactif qu'il est dès lors possible de suivre dans l'organisme, pour ainsi dire pas à pas. La même méthode pourra être appliquée à nombre d'autres substances.

Les recherches en cours et leurs résultats. — Chemin faisant, nous avons essayé d'en donner une idée. Il ne nous est pas possible, dans un cadre aussi restreint, d'analyser d'une façon même sommaire les publications que les travailleurs de la Fondation ont signées de leur nom : nous nous contenterons de glaner çà et là dans cette riche moisson, non sans en passer beaucoup sous silence parmi les plus intéressantes : que leurs auteurs nous excusent si par hasard ces lignes leur tombent sous les yeux.

Le *problème du cancer* est incontestablement l'un des plus importants tant au point de vue de la biologie générale qu'en raison de la gravité du fléau. La statistique globale montre que la chirurgie et la radiologie ne donnent de guérison définitive que dans un dixième des cas de néoplasies malignes. Or, il semble que l'une et l'autre de ces deux méthodes aient atteint à l'heure actuelle la limite de leurs possibilités. L'augmentation de la morbidité cancéreuse dans ces dernières années a plus que compensé les perfectionnements de ces deux thérapeutiques ; aussi, ne faut-il espérer vaincre enfin le cancer que par une méthode nouvelle. Chirurgie, rayons X et radium ne s'adressent d'ailleurs qu'aux aspects locaux de la maladie ; un traitement efficace ne pourra être que général. C'est une des raisons pour lesquelles le point de vue chimique est si intéressant.

Point n'est nécessaire de détruire la cellule cancéreuse ; il suffit de l'empêcher de se multiplier : la cellule cancéreuse diffère si peu de la cellule normale qu'il est illusoire de s'attaquer à elle en n'attaquant qu'elle.

Le problème réside essentiellement dans la recherche des possibilités de contrôle de la division cellulaire. La chimie fournira peut-être des substances restreignant la caryocinèse sans destruction complète des fonctions cellulaires.

La division des protozoaires est influencée par le pH du milieu, par le Ca, par le Na qui agissent sur la perméabilité cellulaire. Reding, à Bruxelles, a montré que le plasma des cancéreux présentait un pH plus alcalin et une diminution du calcium ionisé et du calcium total. Le cancer, qui est caractérisé par une multiplication cellulaire anormale, réunit les conditions mêmes qui favorisent cette multiplication chez les êtres monocellulaires marins. Quand le traitement par les rayons X ou le radium est suivi de succès, le pH redevient normal, le calcium ionisé augmenté.

D'autre part, Warburg a constaté que les cellules cancéreuses diffèrent des cellules normales par la manière dont elles désintègrent les hydrates de carbone (il s'agit ici, notons-le bien, du métabolisme cellulaire, et non de la destruction du sucre sanguin, qui est une chose tout à fait différente). Les travaux d'Embden et de Meyerhof nous ont familiarisés avec le mécanisme du catabolisme cellulaire du glycogène : il comporte deux phases successives, l'une anaérobie aboutissant à la formation d'acide lactique (ou de son hydrate de carbone équivalent), l'autre aérobie au cours de laquelle la plus grande partie de ce corps (les 4/5) retourne à l'état de glycogène grâce à l'énergie fournie par le 1/5 restant, qui est brûlé avec formation de Co_2 et d'H_2O. Destruction et reconstruction se font par l'intermédiaire d'esters phosphoriques.

Or, dans la cellule cancéreuse, il y a un vice défini de ce mécanisme : tandis que la première phase, en effet, s'effectue avec une grande rapidité, la seconde s'effectue de façon insuffisante, d'où accumulation de l'acide lactique. Ce défaut d'oxydation a été étudié à l'Institut Franklin par K. A. C. Elliott et Miss Elliott sur un sarcome transplantable du rat découvert accidentellement et dénommé « Philadelphia n° 1 ». Le quotient respiratoire se trouve abaissé et la glycolyse se trouve exagérée par défaut de resynthèse du glycogène à la phase aérobie. Ce type est la règle dans le cancer et la preuve que les tissus étudiés dans l'appareil monométrique avaient conservé *in vitro* toutes leurs propriétés, c'est que la transplantation des coupes sur le rat a redonné un sarcome (Miss Russell).

Mais ce n'est pas tout : dans la phase anaérobie, certaines substances (acide iodacétique, fluorure de sodium, aldéhyde glycérique, etc.) modifient dans un sens particulier le processus normal qui aboutit à la formation d'acide lactique par l'intermédiaire d'hexose-phosphates, puis de triose-phosphates. Le mécanisme en est encore obscur, mais on conçoit qu'il soit ainsi possible d'influencer le métabolisme hydrocarboné du cancer : il y a là un vaste champs de recherches à entreprendre.

Tous ces processus se font grâce à des diastases. Or, il existe des antidiastases, poisons de la catalyse, dont plusieurs ont été découvertes à l'Institut Franklin : il semble y avoir dans le cancer une altération d'équilibre entre les unes et les autres. Kœhler a étudié dans ce sens la phosphatase du rein chez des rats, inoculés ou non. Il a montré que la teneur en phosphatase était plus élevée dans les races résistantes aux cancers transplantés, basse dans les races peu résistantes, sauf dans quelques cas où, précisément, la greffe n'avait pas pris. Inversement, le taux de la phosphatase sanguine était bas chez les rats résistants, haut chez les rats cancéreux : mêmes résultats pour le sang humain. Les enzymes sont donc pour quelque chose dans la résistance de l'organisme au cancer.

Des diastases, nous sommes amenés à parler d'autres catalyseurs : *les vitamines.* Eh bien ! c'est à l'nstitut Francklin que Purr a, pour la première fois, établi la relation entres les unes et les autres : il montra que l'acide ascorbique (vitamine C) et le fer activaient

l'arginase. On entrevoit ainsi le mécanisme d'action de certaines vitamines. Mais cette étude nécessite l'obtention de corps à l'état chimiquement pur, et c'est à quoi les chercheurs s'emploient activement. En attendant, cet ensemble de faits semble permettre, dans la voie d'une *future chimiothérapie du cancer*, les plus beaux espoirs. Déjà, Kocholaty a tenté d'obtenir par culture de Clostridium histolyticum sur des tissus cancéreux, des *enzymes adaptatives* susceptibles de lyser électivement ceux-ci.

Enfin, nous ne quitterons pas le cancer sans citer les travaux de Koets et Christian sur la *réaction de Boevenkamps-Kisjes* (*précipitation du sérum de cancéreux par le chromate de sodium*) : ils tendent à établir que les *altérations des lipides* du sérum sont plus *spécifiques* que celles des protides.

E. F. Schrœder, Miss Woodward et Miss Schoonover ont étudié la *biochimie des composés sulfhydrilés de l'organisme*. On sait que le plus important d'entre eux, le glutathion, possède les propriétés de catalyser l'oxydation des graisses, d'activer spécifiquement la glyoxalase et non spécifiquement certaines autres enzymes, de protéger la vitamine C contre l'oxydation. Les travaux concernant ces corps ont porté principalement :

1° Sur la purification de la (ou des) substances rénales responsables de l'hydrolyse du glutathion.

2° Sur les réactions de la cystéine (et d'autres composés sulfhydrilés) avec les corps cétoniques : il est possible que la cystéine joue un rôle dans l'élimination de ceux-ci.

3° Sur les méthodes de dosage du glutathion oxydé.

4° Sur les facteurs influençant la teneur en glutathion des tissus *in vivo* et l'effet physiologique de ces variations.

5° Sur les relations entre les composés sulfhydrilés et les hydrocarbures cancérigènes.

R. C. Neale, E. L. Outhonse et H. C. Winter ont mis en évidence *l'action protectrice* que certains dérivés puriques et pyrimidiques exercent *sur le foie* vis-à-vis de l'intoxication par les dérivés chlorés des hydrocarbures : l'intérêt de ces recherches est tout d'actualité, puisqu'elles concernent non seulement l'anesthésie chirurgicale, mais aussi les intoxications industrielles dont l'emploi croissant des solvants chlorés a augmenté le nombre et la gravité.

J. C. Hoogerheide et W. Kocholaty se sont attachés au *mode d'utilisation de l'hydrogène* par clostridium sporogenes, sur la réduction de certains acides aminés.

De son côté, le Dr Ellice Mac Donald a donné une intéressante formule de solution antiseptique à base d'orthophényl phénate de sodium, possédant en même temps qu'un pouvoir hautement bactéricide la propriété de dissoudre les graisses et de pénétrer les glandes sudoripares, d'où son intérêt dans la *désinfection du champ opératoire et des mains du chirurgien*.

Ces quelques exemples montrent la *variété des recherches entreprises* et la *qualité de leurs résultats*. Ce n'est pas diminuer le mérite de leurs artisans que de vanter l'excellence du matériel dont ils disposent. Certes, les découvertes fondamentales des Pasteur, des Claude Bernard, des Curie ont pu être faites avec un outillage rudimentaire, voire même misérable : ce qui peut être quand une science est dans l'enfance ne le peut plus lorsqu'elle a acquis un certain développement. Franklin a dit que l'ouvrier modèle pouvait d'une scie faire usage de rabot et vice versa : c'est possible, certes, mais à la condition de sacrifier délibérément ce facteur si précieux qu'est le temps. Négliger ce facteur, c'est faire peu de cas de la peine du savant. Les appareils dont nous avons parlé plus haut ont souvent permis d'obtenir en quelques heures des résultats plus précis que n'en auraient fourni en quelques mois ou quelques années l'observation clinique ou l'expérimentation animale. Dans ces dernières années, les sciences ont fait des progrès tellement gigantesques que les méthodes de recherche ont dû se transformer complètement. Les témoignages de nos sens sont devenus tellement insuffisants dans l'étude des phénomènes naturels que la méthode d'observation directe est un anachronisme défunt.

Bien des sciences naguère encore statiques et descriptives sont entrées dans la phase dynamique et explicative ; c'est le cas de l'histochimie. Toutes les sciences se doivent aide et assistance : on ne saurait concevoir de recherche biologique sérieuse sans la collaboration du chimiste et du physicien. D'ailleurs, jamais moins que de nos jours le mot « science » n'a eu de pluriel, et les fragiles barrières dont Descartes montrait déjà le caractère artificiel ont depuis longtemps cédé devant l'effort de synthèse et d'unification qui a abouti à notre conception actuelle du monde extérieur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 mars 1939

Adénopathie caséeuse médiastinale de réinfection chez l'adulte. — MM. Ameuille, Canetti et Bellin. — D'après les auteurs, les adénopathies de la tuberculose de réinfection du type adulte ne sont ni volumineuses ni caséeuses : pratiquement, elle sont insignifiantes. Il y a cependant quelques exceptions. Les auteurs en citent des exemples. Ils rapportent que certaines races font volontiers, si elles succombent à la tuberculose des adénopathies médiastinales volumineuses et caséeuses contrastant avec l'absence de réaction ganglionnaire.

Primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte. — Double chancre d'inoculation pulmonaire. — Granulie. — MM. Troisier, Bariety et Aussannaire. — Malade de 30 ans qui, 3 mois après un contact infectant prolongé, présente un épisode fébrile à allure grippale ; 3 mois plus tard, une fausse couche marque l'origine d'une aggravation. 2 mois ensuite, apparition d'une granulie pulmonaire typique. Mort un mois après. A l'autopsie, constatation d'un complexe caractéristique comportant deux chancres d'inoculation pulmonaire, accompagnés de volumineuses adénopathies caséeuses.

Aphtes récidivants de la bouche et leur traitement. — MM. Chevallier et Brurupt. — Les auteurs, ayant relevé certaines analogies entre les lésions gastro-intestinales de la sprue et les aphtes, ont tenté de traiter les aphtes récidivants par l'hépatothérapie qui réussit dans la sprue. Chez des malades présentant des aphtes, ils ont constaté leur disparition sous l'influence de ce traitement.

Angine avec agranulocytose. — Traitement par les nucléotides pentosiques. — MM. Grenet, Isaac-Georges et Combes-Hamelle. — Fillette de 7 ans, atteinte d'angine pseudo-membraneuse à début brusque, avec fièvre. A l'examen du sang, on constata une agranulocytose, sans étiologie nette. On pratiqua des injections de nucléotides pentosiques, qui ramenèrent la formule leucocytaire à la normale et conduisirent à la guérison.

Poussée transitoire d'hypertension portale déclenchée chez un éthylique par alcoolothérapie intraveineuse. — MM. Paraz et Léwi. — Malade,éthylique moyen, atteint d'abcès du poumon, chez qui un traitement par injections intra-veineuses d'alcool, déclencha un syndrome d'ascite avec circulation collatérale, passager.

Tétanie spontanée de l'adulte guérie par la sympathectomie cervicale bilatérale et la greffe d'os purum. — MM. Paraf, Mouchet, Orsoni, Alaza et Léwi. — Cas de tétanie spontanée sévère chez une femme de 51 ans. Les crises de tétanie se succédaient à un rythme rapproché pendant 11 mois, aboutissant à un état de mal tétanique, qui céda à l'intervention chirurgicale par ablation bilatérale du ganglion sympathique cervical moyen et greffe sous-cutanée d'un fragment d'os purum.

Un cas d'uroporphyrinurie traité par l'acide nicotinique. — MM. Boulin, Justin-Besançon, Nepveux et Geffroy. — Observation d'une porphyrinurie avec grands accidents nerveux chez une femme adulte. Le début ayant été marqué par une crise de douleurs abdominales avec émission d'urines foncées. Survint ultérieurement une paralysie des membres supérieurs, puis une paraplégie flasque. Sous l'influence de l'acide nicotinique, l'uro-porphyrinurie diminua de 60 %. L'état général se modifia heureusement. Il s'est agi d'une porphyrinurie chronique spontanée.

Copro-porphyrinurie traitée par l'acide nicotinique. — MM. Boulin, Justin-Besançon, Nepveux et Geffroy. — Maladie acquise chez un adulte et évoluant depuis 2 ans, avec des manifestations d'insuffisance hépatique. Début marqué par des troubles digestifs et émission d'urines foncées, puis apparition d'une coloration ocrée du visage et des mains. Le malade fut soumis au traitement par l'acide nicotinique (vitamine P-P) à la dose de 0 gr. 90. L'amélioration clinique fut rapide. — A noter la coexistence de la cirrhose hypertrophique et de la porphyrinurie.

Séance du 10 mars 1939

Evolution de l'infection tuberculeuse chez 127 nourrissons. — Prophylaxie anténatale. — MM. E. Bernard, Kreis et Mlle Daridan.

Recherches sur la cinétique de l'hémolyse. — Vitesse de l'hémolyse (cinélyse) normale et pathologique. — MM. Villaret, H. Bénard, Justin-Besançon et Mlle Abadie.

La cinélyse dans les néphrites chroniques azotémiques. — MM. Villaret, H. Bénard, Justin-Besançon et Mlle Abadie démontrent que la cinélyse est augmentée dans les néphrites chroniques azotémiques. Elle est normale dans les néphrites aiguës. C'est le plasma ou le sérum qui est responsable de l'allongement de la cinélyse au cours des néphrites. Les auteurs soulignent l'intérêt clinique de l'augmentation de la cinélyse dans les néphrites chroniques azotémiques.

Néphrite mercurielle. — MM. Halbron, Camus et Mlle Abadie.

Syndrome neuro-anémique syringomyéloïde avec mal perforant plantaire. — MM. Duvoir, Pollet, Chénebault et Mlle Tourneville.

Ictère catarrhal prolongé guéri à la suite d'une cholécystostomie. — Biopsie hépatique. — MM. Lenègre, Albot et Dupuy.

Séance du 17 mars 1939

Syndrome de Simmonds associé à des symptômes infundibulo-tubériens. — MM. Duvoir, Pollet, Layani et Chénebault. — Homme de 30 ans, atteint de cachexie hypophysaire typique à évolution subaiguë, associée à des crises de narcolepsie et à une polyurie insipide de 4 litres. Le traitement antisyphilitique, indiqué, a réussi de façon éphémère sur la cachexie tandis que le diabète insipide se réduisait. Les auteurs admettent une interprétation neuro-hypophysaire à raison des résultats favorables de l'opothérapie hypophysaire.

Un cas de syringomyélie après une méningite cérébrospinale. — MM. Guillain, Mollaret et Delay.

Kyste aérien du poumon. — Hernie transthoracique d'une bulle d'emphysème. — MM. Paisseau, J. Weill et Goutner. — Fillette de 3 ans chez qui, au cours d'une infection staphilococcique, la radiographie démontra un foyer de condensation pulmonaire dans lequel s'est développée une bulle gazeuse à extension progressive. Cette formation kystique restant gazeuse se développa vers le plan résistant l'ortal. Les auteurs admettent qu'à côté des kystes aériens congénitaux, il faut placer les bulles d'emphysème acquis.

Recherches biologiques dans deux cas d'intolérance transfusionnelle. — MM. Balgairie, Driessem et Christiaens (Lille).

Guérison immédiate d'une méningo-coccémie après administration par voie buccale de para amino phenyl sulfamide. — MM. Lemierre, Laporte et Trottot.

Cirrhose bronzée d'origine endrocrinienne. — MM. Germain et Gauthon.

Sténose bronchique de longue durée par tumeur bénigne bronchique. — Reperméabilisation de la bronche après curiethérapie intra-tumorale. — MM. Jacob, Delarue et Gaultier.

Traitement des aphtes récidivants de la bouche. — Action de la vitamine P.-P. — M. Cachera. — Apporte un cas qui affirme l'action de l'acide nicotinique (vitamine P-P). Guérison des lésions ulcéreuses de la langue et de la cavité buccale ayant résisté depuis 2 ans. Ce fait confirme l'action des extraits hépatiques. D'où il résulte que l'hépotothérapie est une façon d'administrer la vitamine.

Maladie d'Addison traitée avec succès par la corthine synthétique. — MM. de Gennes, Franchel, Tavernier et Vila.

Insuline histone. — MM. Boulin et Bonnet. — Etude de cette nouvelle insuline utilisée en République Argentine, et résultant de la combinaison d'insuline ordinaire avec l'Histone, protéine extraite du thymus. Cette insuline s'injecte en une seule fois. Son action sur la glycérine est manifeste. Sa supériorité sur l'insuline ordinaire est certaine. Il n'y a pas d'incidents anaphylactiques.

Un cas d'anémie hémolytique avec hémosiderinurie et hémoglobinurie (syndrome de Marchiafava-Midelli). — MM. Villaret, J.-Besançon, Rubens-Duval *et* Sikorav. — Cas exceptionnel ayant présenté une évolution anormale vers une hépatite scléreuse hydropigène. Au bout de quelques mois d'une évolution subaïque, apparition d'une pleurésie séro-fibreuse, suivie du développement d'une ascite et d'odèmes, des membres inférieurs. Aggravation rapide de l'état général et mort après 5 mois. Il semble bien qu'il se soit agi d'une hépatite scléreuse, compliquée de pyléphlébite.

Séance du 24 mars 1939

Rétrécissements du rectum au cours de dysenteries amibiennes. — MM. Hillemand, Bensaude et Bru.

Insuline et anaphylaxie. — MM. Rathery, Bargeton, Maschas et Turiaf. — Les auteurs rapportent un cas d'accidents anaphylactiques graves chez une diabétique soignée par l'insuline. Ils affirment que ces accidents graves sont très rares avec les préparations d'insuline actuellement en usage; et ils pensent que chez leur malade, subsistent des présomptions qui permettent d'incriminer les impuretés plutôt que l'insuline elle-même.

Anurie et infarctus tubaire après injection de sulfamide. — MM. Rathery, Duperret et Maschas. — Femme de 49 ans, atteinte de sinusite maxillaire reçoit en octobre 1938, 3 injections intra-veineuses de 10 cm3 d'une solution à 6 % de sulfamide (40 R P); injection bien tolérée; 3 mois plus tard réduite, nouvelle injection intra-veineuse semblable, apparition de courbature, de vomissements, de fièvre, puis d'anurie; à l'opération, constatation d'un infarctus tubaire bilatéral avec intégrité de l'utérus. Mort. A l'autopsie on trouve des infarctus pulmonaire et splénique. Les auteurs se demandent si au cours de la thérapeutique sulfamidée on ne peut pas rencontrer des accidents analogues à ceux qu'on a signalés au cours d'autres chimiothérapies.

Colite ulcéreuse et hémorragique. — MM. Rathery, Duperrat et Maschas.

Néphrose lipoïdique et paludisme. — MM. Sarrouy et Portier. — Observations à Alger d'une fille arabe, impaludée depuis un an, ayant présenté un syndrome de néphrose lipoïdique à l'état pur et chez laquelle l'hématozoaire de Laveran a été trouvé dans le sang circulant au cours d'accès fébriles. Cette malade présentait une azotémie légère (0 gr. 77) attribuable à un facteur extra-rénal. Le syndrome humoral paraît lié à l'infection malarique.

Cirrhose ictéro-pigmentaire xanthomateuse. — MM. Fiessinger et F. Merklen. — Ont observé pendant 5 ans une cirrhose hypertrophique pigmentaire, à la fois mélanique et ictérique, ayant évolué sans diabète et sans insuffisance hépatique, mais remarquable par les chiffres élevés de Cholestérol sanguin et par la multiplicité des dépôts xanthomateux apparus au cours de l'évolution. Ils rapportent la xanthomatose au processus d'hypercholestérolémie, fréquent au cours des cirrhoses hypertrophiques ictériques d'évolution prolongée.

Séance du 31 mars 1939

Leucoses et leucémies aiguës de l'enfance. — MM. Debré, Mulhit, Lamy et Fouquet. — A propos de 10 cas de leucose aiguë chez les enfants, les auteurs précisent certaines particularités de la maladie. *Cliniquement.* — Début brusque par hyperthermie et évolution avec cortège symptomatique spécial. A savoir : grande fréquence des manifestation ostéo-articulaires et absence de l'intumescence de la rate, du foie et des ganglions. Les auteurs insistent sur le caractère des globules blancs; nombre variable, quelquefois, véritable leucémie, invasion fréquente du sang par les leucoblastes; possibilité de formes aleucémiques. A l'étude du mélogramme on peut constater la présence d'une nappe cellulaire homogène, constituée uniquement par des leucoblastes. Ce polymophisme de la maladie peut expliquer la fréquence avec laquelle elle est méconnue.

Angiome du poumon. — Lipomatose et malformations digitales : 1° étude clinique ; 2° étude radiologique. — MM. Duvoir, Pollet, Chénebault et Gaultier.

Angiome du poumon. — Angiomes viscéraux multiples. — Lipomatose et lipome gastrique. — Etude anatomique et pathogénique. — MM. Duvoir, Pollet, Gaultier et Mlle de Cursay. — Dans les cas qui précèdent, les biopsies démontrèrent l'existence d'angiomes viscéraux multiples, sans localisation cutanéo-muqueuse, ni dans le système nerveux, ni dans l'œil. C'est donc une localisation exceptionnelle d'un cas d'angiomatose viscérale. On nota par ailleurs, un lipome gastrique, resté latent, et un angio-lipome du médiastin postérieur. Il s'est donc agi d'une dystrophie congénitale du mésoderme.

Obtention des sérums antidiphtériques et antitétaniques de valeur antitoxique élevée. — Données expérimentales et techniques. — M. Ramon.

Polyradiculo-névrite. — Œdème aigu du poumon après ponction lombaire, guéri par l'atropine. — Paralysie respiratoire guérie par un séjour dans le poumon d'acier. — MM. Mulhit, Gros, Fouquet, Mme Cornet et M. Fauvet. —

Agranulocytose mortelle après administration de P-amino-benzène-sulfamidopyrine (693) à doses modérées. — MM. Tzanck, Arnous et Paillas.

Tétanie de l'adulte, guérie par sympathectomie cervicale. — MM. Laignel-Lavastine, Desplos et Cochemé.

Un cas d'opacité arrondie intrapulmonaire. — Gomme syphilitique probable. — MM. Duvoir, Pollet, Chénebault et Mlle Tourneville.

Emploi de l'hormone mâle (testostérone) chez les femmes tuberculeuses. — MM. Pierre Bourgeois et Mlle Boquet-Jésensky. — Les auteurs utilisant les injections rapprochées de 10 mg. chacune d'acétate de testostérone, ont, chez des femmes tuberculeuses, présentant des poussées menstruelles, obtenu une aménorrhée passive de bon pronostic. Ils insistent sur les modifications métaboliques présentées par les malades soumises à ce traitement : l'euphorie, la reprise de l'appétit et du poids sont constantes.

Les granulations « pathologiques » des polynucléaires neutrophiles au cours de la tuberculose. — MM. Benda et Urguia.

Epidémiologie de la leishmaniose humaine à Marseille. — MM. Paul Giraud et Bergier (Marseille).

Mode de transmission de la leishmaniose dans la région marseillaise. — MM. Giraud et Bergier.

Séance du 21 avril 1939

Physio-pathologie des troubles vasculaires du cerveau. — MM. Villaret et Cachera.

Pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique. — MM. Warter et Rousselot.

Deux cas de Kala-Azar chez l'adulte. — MM. Olmer, Montagnier et Mingardon (Marseille). — 1er *cas* concernant un malade de 60 ans, curieux par la prédominance de l'hépatomégalie sur la splénomégalie ; 2° cas, se signalant par le fait qu'après 3 mois de grands accès fébriles quotidiens, la ponction de la rate et du sternum ne permit pas de découvrir de parasites, quoique le traitement stibié amena la guérison complète. Les auteurs exposent qu'ils ont fait sans interruption, chez le 1er malade 12 injections de néo-stibosane et 12 injections de stibyal et chez le second, 18 injections de néo-stibosane.

Un nouveau sérum antitétanique utilisé pour la prévention du tétanos. — Rareté des accidents sériques avec son emploi. — M. Sohier.

Rareté des accidents sériques consécutifs à l'emploi des « solutions d'antitoxine » dans l'immunisation antitétanique préventive. — MM. R. et S. Kourilsky ont employé pour l'immunisation antitétanique préventive, les solutions d'antitoxine de Ramon au lieu du sérum antitétanique habituel. Ces solutions renferment une quantité équivalente d'antitoxine et 20 fois moins de protéine. A noter que la proportion d'accidents sériques est alors très faible. Cette notion pourra faciliter la sérothérapie préventive du tétanos, en attendant que la généralisation de la vaccination antitétanique permette d'effectuer la prévention au moyen de la seule injection de rappel d'anatoxine.

Sarcomatose splénique et ganglionnaire de type histologique différent chez un Arabe paludéen. — MM. Sarrouy, Laffargue et Amoros (Alger).

Circulation céphalique des hypertendus artériels et pathogénie de la papillo-rétinite. — MM. Riser, Plauque, Becq, Couadau et Mme Dauban.

Un cas de poly-radiculo-névrite avec paralysie bulbaire très grave survenue dans le décours d'une rougeole chez un enfant de 13 ans. — M. Lenègre.

Maladie de Simmonds avec contrôle anatomique. — M. Uréchia.

Inversion totale des organes révélée par l'électro-cardiographie. — M. Leroy (de Rennes).

Séance du 28 avril 1939

Sulfamidothérapie des affections rhumatismales. — MM. Coste, Gaucher et Morin.

Adéno-épitheliome du corps du pancréas. — Exérèse chirurgicale. — Guérison. — MM. Fiessinger, Buquet et Cattan.

Epidémie familiale de rhumatisme articulaire aigu. — M. Boquien (*Nantes*). — Dans une famille de 10 personnes, 7 furent atteintes en 2 et 3 semaines. L'origine de cette épidémie remonte à une domestique qui avait présenté une récidive de l'affection quelques mois auparavant. Chez une malade on observa une série de rechutes. La sulfamidothérapie préventive pourrait peut-être éviter les rechutes.

Endocardite récurrente au cours d'une chorée gravidique mortelle. — Etude de la lacticémie. — MM. Lévy-Valensi, J.-Besançon et Delay.

Chorée gravidique mortelle. — Lésions nerveuses. — MM. Lévy-Valensi, J. Besançon, Delay et Cuel.

Mononucléose infectieuse à forme hépato-splénique sans adénopathies. — MM. Trémolières, Lereboullet et Duret.

LIVRES NOUVEAUX

La syphilis héréditaire aux divers âges de la vie et dans les générations successives, par le Prof. Uberto Arcangeli (**Clinica della sifilide erediteria nelle varie eta della vita e nelle successive generazioni.** Roma, Luigi Pozzi, 1938, XVI (*Monographies médico-chirurgicales d'actualité. Coll. da Policlinico*).

Non seulement la syphilis héréditaire est d'une guérison difficile, mais elle se transmet à la descendance jusqu'à quatre générations en tant qu'infection et à une suite indéfinie de générations en tant que facteur de dystrophies.

La syphilis maternelle, la plus grave, est transmise sous forme tréponémique ; la syphilis paternelle ne peut se transmettre que par le moyen d'une forme infravisible qui tient sous sa dépendance les formes les plus dissimulées.

L'hérédosyphilis donne tous les signes de la syphilis acquise, des troubles du développement, des troubles des fonctions endocrines et réalise des séries d'affections dont l'étiologie est habituellement demeurée jusqu'ici mystérieuse (asthénie, dystrophie musculaire progressive, ichtose, etc.), et ceci à tout âge de la vie et pas seulement durant l'enfance.

Quant aux altérations organiques réalisées pendant la vie intra-utérine, elles peuvent se transmettre comme caractères héréditaires dystrophiants et obéissent aux lois de l'hérédité indirecte : ils sont transmis par des mères apparemment saines.

L'auteur voit donc dans la syphilis congénitale l'origine de toutes les maladies hédéro-familiales. Il en étudie le diagnostic et le pronostic, particulièrement grave au point de vue familial puisqu'il voue la famille à l'extinction après deux ou trois générations.

Un traitement énergique et assidu est donc indispensable, qui doit se prolonger durant des générations. Mais la syphilis hérédo-dystrophique n'est pas accessible au traitement et comporte des sanctions eugéniques allant jusqu'à la stérilisation légale inclusivement.

D'où l'importance des mesures sociales pour le traitement de la syphilis congénitale.

L. B.

La recherche de la paternité par les groupes sanguins. Etude technique et juridique, par Louis Christiaens. Paris, Masson et Cie, 1939 (*Médecine et Chirurgie, Recherches et Applications*).

Dans cette brève et substantielle étude, l'auteur est guidé par le désir de démontrer à la fois l'intérêt d'une méthode à laquelle pour des raisons diverses, dont certaines, fort louables, l'école française a fait jusqu'ici une place moindre que certaines écoles étrangères et les services que peut rendre cette méthode.

A une étude théorique et technique succède une étude juridique portant sur les problèmes de droit civil, de droit pénal et de procédure qui peuvent se présenter. On y trouvera clairement exposées, non seulement les précautions indispensables à la valeur d'un résultat, mais encore une étude critique des conclusions à tirer et surtout à ne pas tirer de l'interprétation de ce résultat.

Il s'agit, en somme, à l'heure actuelle, d'une méthode qu'on aurait tort de négliger et qui ne peut que se perfectionner, mais dont il convient, pour le bien des individus, de la famille et de la Société même, de n'user qu'avec un tact et un esprit de finesse dont certains commentateurs semblent avoir été entièrement dépourvus.

L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF SCIATIQUE POPLITE EXTERNE [1]

BRANCHES TERMINALES

Sont au nombre de deux : le nerf tibial antérieur et le musculo-cutané.

A) Nerf tibial antérieur. — Se porte d'abord horizontalement en avant et en dedans. Appliqué sur *face externe du col du péroné*, au-dessus des deux insertions inférieures du long péronier latéral, recouvert par le chef épiphysaire de ce muscle. Accompagné par artériole, branche de l'artère du nerf sciatique poplité externe et longé en haut par les nerfs supérieurs du J. A. Traverse *cloison intermusculaire* externe par orifice ostéo-fibreux, au-dessous de celui des nerfs supérieurs du J. A.

Dans la loge antérieure il croise la face profonde de l'extenseur commun, pour apparaître à son bord interne dans l'interstice profond J. A.-Ext. C. Descend alors verticalement avec *vaisseaux tibiaux antérieurs*, en avant du ligament interosseux. Le S. P. E., situé d'abord au bord externe des vaisseaux, les surcroise et au tiers inférieur de la jambe il est à leur bord interne. A la partie moyenne de la jambe, l'Ext. C. fait place à l'Ext. P. et le paquet vasculo-nerveux qui repose sur la face interne du tibia est compris entre J. A. et Ext. P.

Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, le S. P. E. est appliqué sur la capsule, recouvert par feuillet profond du ligament frundiforme qui le sépare du tendon de l'Ext. P. Au bord inférieur du ligament annulaire, le nerf déborde ce tendon en dehors et est ainsi compris dans l'interstice Ext. P.-pédieux, où il se divise en ses deux branches terminales.

Ses collatérales sont avant tout des rameaux musculaires :

1° *Nerfs du jambier antérieur ;*
2° *Nerf de l'Ext. C. ;*
3° *Nerf de l'Ext. P. ;*
4° *Nerf du péronier antérieur ;*
5° *Rameaux vasculaires* pour l'artère tibiale antérieure ;
6° *Filet articulaire* pour l'articulation tibio-tarsienne.

Ses branches terminales sont au nombre de deux :

1) La *branche terminale interne* suit le bord interne de l'artère pédieuse. Repose en arrière sur le premier interosseux dorsal. Recouvert en haut par aponévrose du pédieux et plus bas par chef interne de ce muscle, sous lequel il passe avant de se bifurquer en ses deux terminales qui vont se jeter sur le collatéral externe du gros orteil et sur le collatéral interne du II.

2) La *branche terminale externe* est le nerf du muscle pédieux. Se dirige en dehors avec l'artère dorsale du tarse et disparaît dans la face profonde du muscle.

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 61.

B. Le nerf musculo cutané quitte le tibial antérieur à angle aigu, puis descend verticalement dans un tunnel ostéo-musculaire limité.

En dedans : face externe du péroné ;

En avant : chef corporéal antérieur du long péronier latéral ;

En arrière : chef corporéal postérieur.

Au tiers moyen de la jambe, le court péronier latéral s'enfonce en coin entre les origines du long péronier latéral et le nerf musculo cutané quitte la surface osseuse du péroné pour cheminer sur la face superficielle du court péronier latéral. Puis il se rapproche du bord antérieur de ce dernier muscle et devient de plus en plus superficiel : au tiers inférieur de la jambe il est immédiatement derrière la cloison intermusculaire externe ; puis au quart inférieur il perfore l'aponévrose superficielle et se divise en ses deux terminales.

Ses collatérales sont uniquement musculaires : *nerf du long péronier latéral, nerf du court péronier latéral.*

Les branches terminales cheminent sur le dos du pied au-dessus de l'aponévrose, au-dessous du plan veineux.

1° Le *nerf cutané dorsal interne* va donner les cinq premiers collatéraux dorsaux des orteils et une anastomose avec un filet du saphène interne.

2° *Le nerf cutané dorsal moyen* les 6e et 7e collatéraux dorsaux ainsi qu'une anastomose avec le saphène externe.

ANASTOMOSES

Nous les avons déjà énumérées pour la plupart. Nous voulons seulement les classer.

1° *Anastomoses des différentes branches entre elles* : accessoire du saphène externe et musculo-cutané au niveau du cou-de-pied ; accessoire du saphène et cutané péronier, terminaison tibial antérieur et musculo-cutané ;

2° *Anastomoses avec les autres nerfs* : sciatique poplité interne ; fémoro-cutané ; crural.

En somme, le S. P. E est un nerf mixte qui innerve par ses *filets moteurs* les muscles de la région antéro-externe de la jambe et le pédieux, par ses *fibres sensitives* la peau de la région externe de la jambe et de la plus grande partie de la face dorsale du pied.

PHYSIOLOGIE

Le S. P. E. tire ses origines des racines antérieures et postérieures de la moelle par l'intermédiaire du plexus sacré. C'est également un des principaux vecteurs des filets sympathiques du membre inférieur. Ces diverses origines rendent compte de ses différents rôles :

— moteur, sensitif, — vaso-moteur, — sudoral.

ROLE MOTEUR

1° *Prouvé par l'anatomie.* Nous venons en effet de voir que le S. P. E. innerve :

a) Les muscles de la loge antérieure : jambier antérieur, extenseur commun, extenseur propre, péronier antérieur ;

b) Les muscles de la loge externe : péroniers latéraux.

2° Mis en évidence également par les *expériences électro-physiologiques* de Duchenne de Boulogne. Soit faradisation un peu en dehors du biceps chez l'homme, soit électrisation du bout périphérique du nerf sectionné, montrent qu'il conduit l'ordre aux muscles précités.

3° Enfin par la *section du nerf* :

a) Histologiquement : dégénérescence du bout périphérique ;

b) Par son équivalent, la réaction de dégénérescence ;

c) Par l'*étude clinique des paralysies.*

Cette paralysie entraîne :

1° *Gêne des mouvements du pied* : flexion dorsale du pied est impossible. Plus de saillie du tendon du jambier antérieur au cou-de-pied.

Impossibilité de battre la mesure. Le malade marche en steppant.

2° *Gêne peu marquée des mouvements des orteils.* Extension de la première phalange impossible, déficit en partie compensé par les interosseux. Mais pendant la marche, plus de mouvement de salutation rythmique des orteils.

3° Enfin mouvement d'*abduction et de torsion externe du pied impossible* (péroniers latéraux). Mais surtout écrasement de la voute plantaire : *pied plat paralytique.*

Action antagoniste avec sciatique poplité interne : triceps permet au pied de se soulever sur sa pointe, mais il ne peut se maintenir en équilibre.

Donc, rôle moteur très important.

ROLE SENSITIF

Nous avons vu qu'anatomiquement le S. P. E. innerve par ses filets sensitifs la peau de la région externe de la jambe et de la plus grande partie de la face dorsale du pied. Mais grâce aux anastomoses et à la sensibilité récurrente d'Arloing et Tripier, la paralysie n'entraîne qu'une anesthésie du bord interne du pied.

ROLE TROPHIQUE

Comme tous les nerfs, atrophie des muscles qu'il innerve : amyotrophie des loges antérieure et externe de la jambe.

ROLE VASO-MOTEUR ET SECRETOIRE

Dans le cas de paralysie, teinte violacée du pied et refroidissement marqué. Expérimentalement chez la grenouille, après section du nerf, on voit des phénomènes de vaso-dilatation nets au niveau de la membrane digitale, une plaie saigne abondamment. Si excitation du nerf : vaso-constriction, plaie cesse de saigner.

Rôle secrétoire, facile à démontrer chez le chien : injection de pilocarpine : les quatre pattes présentent de la sudation. Puis section du nerf, et cinq jours plus tard nouvelle injection : plus d'effet sur patte où le nerf a été sectionné.

Enfin, par diverses expériences on a tenté de déterminer la *localisation* de ce nerf dans le plexus sacré d'une part, au niveau du cortex d'autre part. Le S. P. E. naîtrait seulement des première et deuxième racines sacrées. Quant au centre cortical il siège à la partie supérieure de la frontale ascendante dans la zone rollandique (Mme Atanasio-Benesti).

En somme, rôles multiples, mais avant tout *rôle moteur* : troubles graves de la marche chez les paralysés du S. P. E.

M.-H. Servelle.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 64-65. — 12-16 AOUT 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **[illegible]** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Revue Générale.

Anatomie du lobe occipital (avec 2 fig.), par M. Maurice LECONTE et Mme Suzanne LECONTE-LORSIGNOL.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Société Médicale des Hôpitaux.

Congrès.

Le Xe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires (Washington, 5-15 mai 1939), par M. Jean DES CILLEULS.

Notes pour l'Internat.

Fractures de la diaphyse fémorale au 1/3 moyen de l'adulte, par M. E. SAYOUS.

Pratique Médicale.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et la nomination aux places d'élèves internes en médecine, vacantes le 15 avril 1940.

La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le jeudi 5 octobre 1939, à 9 heures, au Parc des Expositions, Porte de Versailles, Paris (15e). (Entrée des candidats : Porte de Versailles.)

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé, tous les jours, les samedis et dimanches exceptés, de 13 à 17 heures, depuis le mercredi 23 août jusqu'au mercredi 13 septembre 1939 inclusivement.

Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Hôpitaux de Bordeaux. — Un concours s'ouvrira à Bordeaux, le 7 novembre 1939, pour une place d'électro-radiologiste adjoint des Hôpitaux et Hospices de Bordeaux. Les candidats intéressés trouveront, au Secrétariat des Hospices, 91, cours d'Albret, tous les renseignements dont ils pourraient avoir besoin pour pouvoir se présenter à ce concours.

Sanatoriums publics. — M. le docteur Jasienki, médecin adjoint au sanatorium de Franconville à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise), a été nommé médecin-directeur de cet établissement.

Faculté de médecine de Montpellier. — Le titre de professeur honoraire de la faculté de médecine de l'Université de Montpellier est conféré à M. Grynfeltt, professeur d'anatomie pathologique à cette faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Faculté de médecine de Toulouse. — Le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse est conféré à M. Desforges-Mériel, professeur de clinique chirurgicale et gynécologique à cette faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Légion d'honneur. — AFFAIRES ETRANGÈRES. — *Commandeur.* — Le docteur du Bouchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien, directeur de la fondation Foch à Suresnes, citoyen américain.

Officier. — Le docteur Dubois-Roquebert (de Rabat).

Chevalier. — Le docteur Jacques Hector et le docteur Lignières (de Buenos-Ayres).

GUERRE (*Réserve*). — *Chevalier.* — MM. Serbource (8e rég.), Jégo (4e rég.), Couput (Indochine).

(*Promotion civile*). — *Chevalier*. — Le docteur Léon Deveaux, à Châteauneuf-sur-Cher.

Distinctions honorifiques. — CROIX DES SERVICES MILITAIRES VOLONTAIRES. — *Croix de 2e classe*. — Le médecin en chef de 2e classe de la marine Huber.

Officier de l'Instruction publique. — M. Roussy, recteur de l'Académie de Paris.

Officier d'académie. — M. le docteur Fabre, à Juan-les-Pins.

M. le médecin capitaine Menet, au 19e escadron du train.

La Faculté de Lille visite les établissements thermaux de Luchon. — Tout récemment, M. le Professeur Favreau et les élèves de la Faculté libre de Lille ont visité la nouvelle organisation technique des établissements thermaux de Luchon.

Nos visiteurs ont été surtout frappés par la nouvelle installation technique née depuis leur dernier voyage : radio-vaporarium sulfuré, bains radio-actifs du pavillon Charles-Moureu, organisation du thermo-climatisme social ont retenu leur attention.

Il faut féliciter les maîtres qui prennent une telle initiative et qui permettent à leurs élèves de se rendre compte, par eux-mêmes, de l'importance accrue de toutes nos stations.

Nous ne dirons jamais assez l'importance de ces V. E. M., dont les initiateurs, que l'on ne devrait pas oublier, furent le regretté doyen Landouzy et le toujours très jeune Carron de la Carrière.

Le **IVe Congrès des Médecins Electro-Radiologistes de Langue Française** qui devait avoir lieu en 1938, sous la présidence du Dr Louis Delherm, en raison de l'impossibilité où l'on a été d'organiser une Exposition de matériel électro-radiologique, a dû être reporté à 1939 et aura lieu du 11 au 14 octobre prochain.

Le Bureau est ainsi composé : président : Dr Louis Delherm; vice-présidents ; Drs Ledoux-Lebard, Professeur Strohl, Dr Sluys, Professeur Popovic ; secrétaire général : Dr Dariaux ; secrétaire général adjoint : Dr Hélie ; trésorier : Dr Morel-Kahn ; commissaire aux fêtes ; Dr Truchot.

A l'ordre du jour figurent : 1° une conférence de M. le Professeur Joliot-Curie sur : « Neutrons et radio-éléments artificiels, applications biologiques, hypothèses thérapeutiques ». 2° trois rapports de M. le Professeur Didiée sur : « Les résultats des méthodes radiologiques d'examen en coupes de l'organisme ». M. le Professeur Baudouin et le Dr Fischgold sur : « Les phénomènes bio-électriques du système nerveux. Etat actuel de la question, applications cliniques possibles ». Dr Gaston Daniel, sur : « La Rœntgenthérapie anti-inflammatoire ». Ces rapports ont été remis au point par les rapporteurs, d'après les acquisitions scientifiques les plus récentes ; 3° des lectures seront faites sur les questions de biologie électro-radiologiques ; 4° seules les communications ayant trait aux rapports seront acceptées, sauf pour les communications ayant trait à l'électrologie qui sont libres ; 5° des visites de laboratoires et de services d'hôpitaux auront également lieu pendant le Congrès.

Les inscriptions faites en 1938 sont valables pour 1939. Il sera seulement nécessaire d'écrire avant le 1er septembre à M. le Dr Morel-Kahn, 45, rue Scheffer, à Paris, pour demander les billets de chemins de fer.

Les confrères qui désireraient encore s'inscrire pour ce Congrès sont priés d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible à M. le Dr Dariaux, secrétaire général, 9 *bis*, boulevard Rochechouart, Paris (9e).

Cours de perfectionnement de technique chirurgicale concernant l'appareil moteur, par les Professeurs Ombrédanne et P. Mathieu, avec la collaboration de MM. Leveuf, Petit-Dutaillis, Fèvre, agrégés ; Sorrel, Padovani, chirurgiens des hôpitaux ; Lance, Huc, Iselin, assistants et chefs de clinique.

Ce cours aura lieu chaque jour du 16 octobre au 4 novembre 1939, à 14 h. 30, au petit amphithéâtre. A la suite de chaque leçon, une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'Ecole pratique à partir de 15 h. 45, sous la direction de MM. les Prosecteurs.

Ce cours sera public et gratuit. Des séances cliniques et opératoires dans les services des Professeurs Ombrédanne et P. Mathieu seront organisées le matin pendant la durée du cours.

Des démonstrations opératoires seront faites par MM. les Prosecteurs Poilleux et Calvet.

Seront seuls admis à ces démonstrations opératoires les élèves qui se seront inscrits à cet effet au Secrétariat de la Faculté (guichet 4) les lundis, mercredis, vendredis de 14 heures à 16 heures et auront versé les droits spéciaux afférents à ces séances. Ce droit spécial est fixé à 300 francs.

Nécrologie

Le médecin commandant Georges Tricault, major de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, décédé à Châlon-sur-Saône, à l'âge de 44 ans.

Nous apprenons la mort du docteur Alfred Azoulay, à Paris. Nous adressons nos sincères condoléances à son fils le docteur Robert Azoulay et à son petit-fils M. Charles Azoulay, interne des hôpitaux de Paris.

Le docteur Parin, médecin radiologue à Berck, vient de succomber victime des rayons X.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, radiologue des hôpitaux de Berck, le docteur Parin assurait, depuis près de vingt ans, le service de radiologie à l'hôpital maritime. Il avait été récemment nommé chevalier de la Légion d'honneur.

REVUE GÉNÉRALE

ANATOMIE DU LOBE OCCIPITAL

Par les Dʳˢ Maurice Leconte
et Suzanne Leconte-Lorsignol

Chefs de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecins des hôpitaux psychiatriques

L'intérêt sans cesse croissant que les médecins, physiologistes et biologistes manifestent pour l'étude de l'encéphale, les récents travaux électro-encéphalographiques notamment, obligent à passer en revue de temps en temps la somme de nos connaissances anatomiques et histologiques du cerveau. C'est pourquoi, bien qu'une étude strictement anatomique puisse paraître un peu aride et trop austère, nous avons cru bon de donner un aperçu de la structure morphologique et cytologique du lobe occipital dont l'étude des connexions bien qu'encore imprécise mérite la plus grande attention pour la compréhension des travaux psychiatriques, neurologiques et physiologiques.

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Le lobe occipital dérive du télencéphale. Il apparaît au troisième mois de la vie embryonnaire, où il recouvre le cerveau intermédiaire.

La scissure calcarine apparaît sur la face interne à cette époque. Au quatrième mois, le cuneus est individualisé par la scissure temporo-occipitale qui deviendra la scissure perpendiculaire interne. Au cinquième mois, le lobe occipital atteint les tubercules quadrijumeaux. Au sixième mois, la scissure collatérale imprime dans le ventricule la formation de l'éminence collatérale de Meckel que l'apparition de la couronne rayonnante fait disparaître. Au septième mois, le sillon interoccipital se précise et fait suite au sillon interpariétal.

Au huitième mois, le lobe occipital arrive à recouvrir le cervelet.

MORPHOLOGIE

Le lobe occipital est le moins important et le moins bien différencié des quatre grands lobes que les anatomistes classiques individualisent. Il est situé à la partie postérieure de l'encéphale et occupe la fosse occipitale inférieure, en arrière des lobes pariétaux et temporaux (schéma 1).

Forme. — Il a la forme d'une pyramide triangulaire à sommet postérieur, composée de :

— Une *face externe*. Elle est convexe et représente la portion de l'écorce cérébrale la plus mal systématisée.

— Une face interne, plane.

— Une face inférieure, légèrement concave.

— Une base qui est placée dans un plan frontal et se trouve soudée au restant de l'hémisphère.

— Un sommet ou pôle occipital. C'est l'extrémité postérieure du lobe. Elle est souvent marquée d'une dépression oblique en bas et en dehors qui est l'empreinte du sinus longitudinal postérieur.

Rappelons que Ecker a donné à la partie interne de ce pôle le nom de *lobule extrême*.

Limites. — Elles sont plus ou moins précises selon les faces envisagées.

Sur la face interne, le lobe occipital est assez bien limité par la scissure perpendiculaire interne.

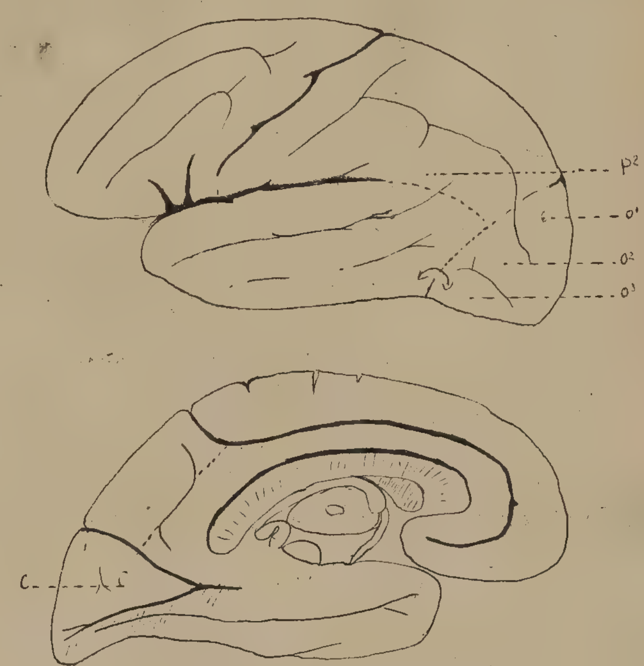


Schéma I. — *Morphologie externe*

Sur la face externe, la limite est imprécise et répond à la scissure perpendiculaire externe ou à son vestige.

Sur la face inférieure, aucune scissure ne limite le lobe occipital. Sa limite est encore plus conventionnelle que jamais et c'est pourquoi pendant longtemps on a parlé de circonvolutions temporo-occipitales en raison de la fusion des circonvolutions de cette face.

Cependant, on a convenu de cette limite, grâce à l'empreinte pétreuse que le bord supérieur du rocher rend parfois manifeste, ou, à son défaut, à l'aide d'une ligne menée de l'incisure préoccipitale à un point situé en dessous du bourrelet du corps calleux.

Nous étudierons successivement :

Les *scissures* du lobe occipital, c'est-à-dire les scissures interlobaires qui le délimitent et la scissure calcarine intergyraire, qui n'est qu'un volumineux sillon.

Les *sillons*, qui ne séparent que des circonvolutions.

Les *circonvolutions* que limitent les sillons et les scissures et qui sont des saillies plus ou moins sinueuses qui constituent le lobe occipital.

Au cours de l'étude des circonvolutions, nous mentionnerons :

1° Les plis anastomotiques ou plis de communication (Broca), qui sont des anastomoses corticales unissant deux circonvolutions contiguës ;

2° Les plis de passages (Gratiollet), plis qui s'étendent d'un lobe à l'autre.

SCISSURES

Deux sont des scissures interlobaires véritables et contribuent à limiter le lobe occipital. La troisième n'est, en réalité, qu'un sillon très précoce, constant et si marqué qu'il est classique de le décrire avec les scissures dont on lui donne le nom.

1. — *Scissure perpendiculaire interne* ou pariéto-occipitale interne.

Selon un angle se rapprochant de l'angle droit, elle prend naissance au niveau du bord supérieur de l'hémisphère. Après un trajet oblique en bas et en avant, elle se termine un peu en dessous du bourrelet du corps calleux en semblant se jeter dans la calcarine avec laquelle elle constitue une sorte d'*y* à queue antérieure et dont elle constitue la branche supérieure. C'est une scissure constante, nette, profonde et rectiligne.

2. — *Scissure perpendiculaire externe* ou pariéto-occipitale externe.

Elle se détache perpendiculairement du bord supérieur de l'hémisphère. Ses caractères sont bien différents de la précédente, car elle est peu nette, peu grande et souvent même absente.

Très marquée chez le singe, où elle se nomme fente simienne, les plis de passage de Gratiollet la masquent chez l'homme. Aussi, le plus souvent elle se trouve réduite à une simple encoche signalée par certains auteurs : l'incisure préoccipitale qui en marque encore la terminaison. Pour délimiter le lobe, il suffit alors de tracer la scissure en suivant, sur les plis de passage de Gratiollet un trajet exactement parallèle à la scissure perpendiculaire interne et qui joint ces deux encoches.

3. — *Scissure calcarine* ou scissure des hippocampes de Gratiollet.

Elle n'est au fond que le cinquième sillon occipital. Seules, ses deux lèvres présentent un rôle sensoriel dans la vision. C'est un sillon constant et précoce philogéniquement et ontogéniquement. Elle pénètre dans la corne occipitale du ventricule latéral y déterminant une saillie appelée Ergot de Morand (calcar signifiant ergot en latin). C'est pourquoi elle est ainsi nommée.

Elle naît par deux branches, l'une ascendante, l'autre descendante, au niveau du pôle occipital. Elle offre un coude au niveau où l'aborde la scissure perpendiculaire interne. Enfin, elle se poursuit par une portion descendante qui va finir non loin du bord externe du corps calleux, mais restant séparée de la fente cérébrale de Bichat par le pli temporo-limbique de Broca.

Nous avons vu qu'elle circonscrit le cuneus aidée par la scissure perpendiculaire interne

Poirier fait remarquer que la branche antérieure, tige ou queue de l'*y*, qui semble appartenir à la scissure occipitale dont elle prolonge la direction, appartient en réalité à la calcarine comme le prouvent l'anatomie comparée et la présence d'un petit pli de passage, toujours constant et profond, le pli cunéo-limbique.

Sillons. — Cinq sillons antéro-postérieurs rayonnant au pôle occipital segmentent le lobe occipital. On les compte de haut en bas et de la face externe à la face interne. Trois appartiennent à la face externe et les deux autres sont respectivement, l'un sur la face inférieure, l'autre sur la face interne.

Premier sillon occipital. — Il est situé entre la première et la deuxième circonvolution occipital. Il prolonge parfois le sillon interpariétal. C'est un sillon des plus constants dont le nom varie avec les auteurs ; les Allemands l'appellent : sillon occipital supérieur ; Obersteiner : sillon occipital transverse (*sulcus occipitalis transversus*) ; d'autres encore : segment transverse postérieur du sillon interpariétal.

Deuxième sillon occipital. — Il est encore appelé sillon occipital latéral ou *sulcus occipitalis longitudinalis inférieur.* Il sépare les deuxième et troisième circonvolutions occipitales. Pour Guillain et Yvan Bertrand, il se prolonge avec le dernier tronçon du second sillon temporal.

Troisième sillon occipital. — Il s'étend le long du bord inféro-externe de l'hémisphère entre la troisième et la quatrième circonvolution occipitale. On l'appelle encore temporo-occipital externe.

Quatrième sillon occipital. — C'est le sillon sous-occipital (ou sillon collatéral) qui sépare les quatrième et cinquième circonvolutions occipitales. Certains l'appellent aussi temporo-occipital interne.

Cinquième sillon occipital. — Il est représenté par la scissure calcarine que nous avons décrite avec les scissures pour nous conformer à la tradition et en raison de son importance anatomique et physiologique.

Circonvolutions. — Les cinq sillons que nous avons décrits délimitent six circonvolutions que l'on compte comme les sillons et que nous décrirons successivement en rappelant que les trois premières appartiennent à la face externe, les deux suivantes à la face inférieure et que seule la sixième est située sur la face interne.

Première circonvolution occipitale. — Elle est parallèle au bord supérieur de l'hémisphère qui la sépare à peine au dedans du cuneus.

Elle est située, à la face externe, au-dessus du sillon occipital supérieur qui la sépare de la deuxième occipitale situé en dehors et en bas.

Elle est unie en avant à la première circonvolution pariétale par le premier pli de passage pariéto-occipital de Gratiollet.

Deuxième circonvolution occipitale. — Elle est située à la partie moyenne de la face externe entre les deux premiers sillons occipitaux. Pour Testut, elle fait simplement suite en avant à la circonvolution *pariétale inférieure.*

Pour Poirier, elle est bien unie à cette circonvolution par le deuxième pli pariéto-occipital, mais elle l'est également à la *deuxième circonvolution temporale* par le pli temporo-occipital. Le carrefour ainsi formé constituant alors le *pli courbe* qui, joint au tiers postérieur de la première circonvolution temporale et au lobule marginal supérieur fait partie de la zone de Wernicke si importante en neuro-pathologie.

Troisième circonvolution occipitale. — Elle occupe la partie inférieure de la face externe et est située entre le deuxième et le troisième sillon occipital. Elle converge comme les deux premières circonvolutions par son extrémité postérieure, vers le pôle occipital.

Elle est unie en avant à la troisième circonvolution temporale par le pli temporo-occipital inférieur.

Mais quelquefois elle est limitée par l'incisure pré-occipitale et est alors unie à la deuxième temporale.

Quatrième circonvolution occipitale. — Elle est située à la face inférieure entre le sillon temporo-occipital externe qui la sépare de la troisième circonvolution temporale en dehors et le sillon temporo-occipital interne la séparant en dedans de la deuxième circonvolution temporo-occipitale. Elle se continue en avant sans interruption avec la quatrième circonvolution temporale de certains, et la première circonvolution temporo-occipitale de la plupart des classiques. En raison de son élargissement à sa partie antérieure, c'est-à-dire à la partie moyenne de l'ensemble qu'elle constitue avec la quatrième temporale, on l'appelle encore *lobule fusiforme* (Huschke).

Cinquième circonvolution occipitale. — Située en dedans de la précédente, elle est en presque totalité sur la face inférieure et déborde pour une faible part sur la face interne où la calcarine la sépare du cuneus. Elle fait partie de la deuxième circonvolution temporo-occipitale interne, dont elle forme la partie postérieure. On l'appelle encore, à cause de sa forme, le « lobule lingual », car elle est large en arrière et rétrécie en avant.

Elle s'unit par un pli assez étroit à la cinquième circonvolution temporale : c'est le pli de passage occipito-hippocampique de Broca auquel fait suite la circoncolution de l'hippocampe ; un *sillon*, parallèle, à la calcarine, *la divise parfois en deux étages* ; le pli lingual supérieur en haut, le pli lingual inférieur en bas.

Le pli lingual supérieur forme la lèvre inférieure de la scissure calcarine et de la branche commune à cette dernière et à la scissure perpendiculaire interne. Le pli lingual inférieur contourne l'extrémité inférieure du sillon collatéral (c'est-à-dire du quatrième sillon occipital et temporal) pour se fusionner avec le lobule fusiforme (Testut).

Sixième occipitale. — Elle est représentée par le *cuneus* (Burdach) ou lobule cunéiforme, qui, triangulaire, à sommet antérieur s'avance à la manière d'un coin entre le lobule quadrilatère et la deuxième circonvolution temporo-occipitale. Il est limité par : la scissurre perpendiculaire interne en haut ; la scissure calcarine en bas ; le bord sagittal de l'hémisphère en arrière.

Elle est unie : au lobule quadrilatère en avant par le sillon pariéto-occipital interne de Gratiollet :

— à la circonvolution du corps calleux par le pli de passage cunéo-limbique de Broca. C'est un pli toujours très marqué chez l'homme ;

— au lobule lingual par le pli cunéo-lingual.

RAPPORTS ET REPERES

I. — Immédiats.

A) *Rapports externes.* — Ce sont les *méninges* et les vaisseaux que nous verrons à la vascularisation.

Les méninges recouvrent le lobe pariétal comme elles recouvrent les autres lobes, c'est-à-dire classiquement de dedans en dehors : pie-mère, arachnoïde, dure-mère.

La pie-mère cranienne est moins adhérente et plus vasculaire que la pie-mère rachidienne. Elle revêt directement la surface extérieure du lobe.

L'arachnoïde, membrane conjonctive mince, comprise entre la dure-mère et la pie-mère. Elle détermine deux espaces : l'espace sous-arachnoïdien et l'espace sus-arachnoïdien.

L'espace sous-arachnoïdien est comblé de nombreuses travées conjonctives allant de la pie-mère à l'arachnoïde, formant le tissu sous-arachnoïdien, dont les travées sont remplies de liquide céphalo-rachidien; tandis que l'arachnoïde passe en pont avec la dure-mère au niveau des circonvolutions, la pie-mère épouse étroitement les circonvolutions, les scissures et les sillons.

Parmi les espaces les plus profonds qui sont appelés confluents, aucun n'est voisin immédiat du lobe occipital.

Dans ce tissu sous-arachnoïdien, on observe également des *granulations* de Pacchioni qui sont rattachées à l'arachnoïde par un pédicule et appartiennent au tissu sous-arachnoïdien. Elles sont surtout nombreuses le long de la partie occipitale du sinus longitudinal supérieur.

L'espace sus-arachnoïdien, cavité lymphatique presque virtuelle, est tapissée par un double endothélium. La dure-mère est intimement unie au périoste. C'est une membrane fibreuse qui adhère surtout le le long des sutures.

B) *Rapports internes.* — Le lobe occipital renferme en son sein le prolongement occipital du ventricule latéral. C'est la partie de ce ventricule que l'on dénomme corne occipitale du ventricule latéral.

Par l'étude de coupes *horizontales*, sagittales et frontales ainsi que par des moulages, on a pu en préciser la configuration, la structure et les rapports.

La corne occipitale se dégage du carrefour occipital et diminue progressivement de volume en s'écartant de la ligne médiane. Sa longueur varie entre 2 et 3 centimètres (schéma 2).

Elle est éloignée :

— de 30 millimètres du bord supérieur ;

— de 20 millimètres de la face externe ;

— de 15 millimètres de la face inférieure de notre lobe.

Son extrémité postérieure est distante de 0 cm. 5 à 3 centimètres de la pointe du lobe.

Elle est encore appelée corne postérieure, corne digitale ou corne ancyroïde (en forme d'ancre), en raison de sa forme en doigt recourbé. Elle est, en effet, en forme de croissant à concavité interne. C'est un diverticule produit par l'extension postérieure du cerveau.

Le développement de la corne occipitale est en rapport avec celui du lobe. Ses variations sont fonction des individus, mais aussi du côté considéré chez un même individu ; celle du côté gauche est le plus souvent (dans les 2/3 des cas pour Engel) plus étendue que celle du côté droit.

Sur une coupe frontale la corne occipitale se présente comme une fente obliquement dirigée de haut en bas et de dedans en dehors.



Schéma II. — *Coupe vertico-frontale du prolongement occipital du ventricule latéral* (d'après Testut)

1) Prolongement occipital du ventricule latéral. — 2) Ergot de Morand. — 3) Forceps Major. — 4) Tapetum. — 5) Cingulum. — 6) Radiations optiques. — 7) Faisceau longitudinal inférieur. — 8) Corne d'Ammon

On lui distingue : deux parois, deux bords, deux extrémités.

La *paroi supéro-externe* ou voûte est concave. Elle répond à un certain nombre de faisceaux blancs que nous reverrons aux connexions et qui sont de dedans en dehors : le tapetum du corps calleux ; les radiations et le faisceau longitudinal inférieur.

La *face inféro-interne* ou base est convexe. Elle est soulevée par deux saillies :

La saillie supérieure, ou bulbe de la corne postérieure répond au relief du forceps major du corps calleux. La saillie inférieure est le petit hippocampe ou ergot de Morand, encore appelé calcar, avis, éperon ou serre d'oiseau (Poirier). Il est produit, nous l'avons vu, par la saillie de la paroi hémisphérique refoulée par la scissure calcarine.

C'est l'expression ventriculaire de la scissure calcarine (Testut). Cet ergot, considéré par Owen comme une disposition caractéristique de l'espèce humaine, existe également chez certains singes et fait défaut chez l'homme, par contre, dans 5 % des cas (Testut) : 1 fois sur 20, Wenzel.

Le bord supérieur a la forme d'un sillon situé dans le dièdre déterminé par le bulbe et la paroi supéro-externe, donc entre forceps major et tapetum. Le bord inférieur est occupé par une saillie blanche (chez certains sujets seulement, Poirier) que l'on nomme : éminence collatérale de Meckel. Son importance transforme ce bord en une véritable face donnant alors à la coupe de la corne occipitale la forme d'un triangle. Cette éminence répond au sillon temporo-occipital interne ou sillon collatéral de la face inférieure de l'hémisphère.

II. Médiats.

Ils sont variables selon les faces.

La face externe est en rapport avec la fosse occipitale supérieure et répond : en avant, à la partie antérieure de la face endocranienne de l'os pariétal qui dépasse le lobe pariétal ; en arrière, à la partie antérieure de l'écaille occipitale qui se soude à la précédente par la suture lambdoïde.

La face inférieure répond à la tente du cervelet qui la sépare de la partie supérieure du cervelet.

La face interne est en rapport avec la face interne du lobe occipital opposé dont elle est séparée par la base de la faux du cerveau.

Enfin, le bord supérieur répond au sinus longitudinal supérieur ; le bord inférieur, au sinus droit, et le sommet à la partie supéro-externe de la protubérance occipitale externe.

III. Topographie cranio-occipitale.

Les rapports de la surface des lobes occipitaux et du crâne peuvent être déterminés assez approximativement par le schéma suivant, que nous empruntons à Chatelin.

On obtient une surface triangulaire isocèle dont la base inférieure horizontale est occupée en son milieu par la protubérance occipitale externe. Pour cela, il convient :

1° De tracer une ligne horizontale passant juste au niveau de la partie inférieure de la protubérance occipitale externe et de l'arrêter de chaque côté au niveau des bords postérieurs des apophyses mastoïdes.

2° De joindre les deux extrémités de cette ligne ainsi obtenue au lambda où elles se réunissent.

Chatelin signale que dans l'immense majorité des cas le déficit visuel siège dans la moitié inférieure du champ visuel, car c'est toujours des lésions de la partie supérieure de la sphère corticale qu'on est amené à observer. En effet, les lésions de la sphère inférieure sont le plus souvent accompagnées de lésions du vernis cérébelleux, du sinus droit qui sont des rapports voisins dont la gravité de l'atteinte est incompatible avec la survie.

M. Pierre Marie, Foix et Bertrand, dans une série de recherche sur la topographie cranio-cérébrale ont

établi un schéma type des rapports des circonvolutions et de la paroi cranienne. Il a été obtenu par la radiographie de crânes contenant leur cerveaux dont les sutures d'une part, les scissures et les sillons d'autre part, avaient été préalablement fixés à l'aide de fil de plomb ; ainsi, ces auteurs ont-ils établi un schéma type sur papier transparent. En cas de lésion cérébrale sous-jacente, de projectiles, de brèches, il suffit alors de superposer sur ce schéma la radiographie prise en position fixe.

Ces auteurs concluent que lobes et os occipitaux se recouvrent assez exactement sur les radios.

Mme Déjerine, à cette époque, en ce qui concerne le lobe occipital notamment, a fait de grandes réserves, en s'appuyant sur les travaux de Landau et en montrant que, dans ces schémas, il n'est pas assez tenu compte des variations et des rapports individuels ; car en outre « même si tel sillon d'un hémisphère se superpose assez exactement à tel sillon homologue d'un autre cerveau ou de l'hémisphère opposé, les segments corticaux de ces sillons ne sont point homologues quant à leur structure et partant quant à leur fonction ». Les progrès de la neuro-chirurgie ont fait mieux connaître encore ces rapports.

(A suivre.)

PRATIQUE MÉDICALE

De l'emploi de la prostigmine

par le docteur Masini (1)

L'emploi de la prostigmine en chirurgie abdominale au cours de l'atonie intestinale post-opératoire est aujourd'hui classique. Tous les auteurs l'emploient avec succès et nombreuses sont les publications qui ont paru sur ce sujet.

L'injection sous-cutanée d'une ampoule de 1 cm^3 de prostigmine provoque, en effet, au bout d'une heure, une émission de gaz ou des évacuation alvines, si une demi-heure après l'injection de prostigmine on donne un lavement de 200 cm^3 d'une solution glycérinée à 10 p. 100. Une ampoule suffit dans la grande majorité des cas, mais si le résultat ne se produit pas, on peut refaire une injection 4 ou 5 heures après la première et le résultat paraît alors de façon régulière. Ajoutons que l'on n'a jamais constaté d'incident quelconque après l'injection qui est indolore et absolument atoxique.

Certains auteurs ont également employé la prostigmine pour combattre la myasthénie. Dans la myasthénie, la prostigmine s'administre à doses variant de 2 à 5 cm^3, doses à répéter deux ou trois fois par jour ; quelques minutes après l'injection, l'effet se fait sentir, les symptômes d'asthénie musculaire disparaissent progressivement en même temps que le malade ressent des frémissements dans les muscles et dans les orbites. Mais on peut surtout employer les comprimés de prostigmine qui sont d'un dosage plus élevé (1 comprimé = 15 milligrammes) et qui sont admirablement supportés par les myasthéniques, ainsi que le prouvent les multiples travaux parus sur ce sujet, parmi lesquels il faut citer, à l'étranger, Schwerk, Schofer, Rossak, Saegesser, Habler et Sailer et, en France, Couderc, Rivoire, Massias et récemment de Sèze qui enregistre les excellents effets obtenus dans un article particulièrement documenté de la *Revue Médicale Française*, de mai 1937.

(1) *Sud Médical et Chirurgical*, Marseille, 1938, n° 2206.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 17 juillet 1939

Résistance du virus de l'anémie infectieuse au rayonnement de la lampe à mercure. — M. Lucien Balozet.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mai 1939

Distomatose hépatique et syndrome de Lœffler. — MM. Lavier, Bariety, Caroli et Boulenger. — Observation d'un cas d'infiltrat pulmonaire, labile, hyperéosinophilique au cours d'une distomatose hépatique. L'atteinte parasitaire du foie s'étant manifestée sous l'aspect d'une hépatite toxi-infectieuse avec fièvre, douleur de l'hypocondre droit, altération de l'état général, urobilinurie, galactosurie et éosinophilie. Les œufs de *Fasciola hepatica* ne sont apparus dans le tube digestif que plusieurs semaines après le début des manifestations cliniques. Les signes respiratoires prirent les caractères du syndrome de Lœffler. C'est la 1re observation où la douve du foie a pu être incriminée dans la pathogénie de ce syndrome.

Analyse des adénopathies bilaires et médiastinales par la Tomographie. — Ganglions de la primo-infection tuberculeuse. — MM. Troisier et Bariety.

Transparence du sang oxycarboné aux radiations infra-rouges. — M. Truffert.

Intoxication oxycarbonée aiguë avec lésions cutanées, syndrome néphritique et transparence persistante du sang aux radiations infra-rouge. — MM. Duvoir, Pollet, Chenebault et Mlle Tourneville. — Les auteurs en collaboration avec M. Truffert ont observé un cas d'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone avec lésions cutanées phycténullaires et syndrome néphritique secondaire caractérisé par des œdèmes, albuminurie et hyperazotémie. Le sang n'ayant plus qu'une teneur normale en oxyde de carbone restait 1/2 transparent aux radiations infra-rouges.

Sur un cas de mononucléose infectieuse à forme splénique. — M. Le Bourdelles.

Séance du 12 mai 1939

La saignée à l'artère fémorale. — M. P. Emile Weil préconise la saignée à l'artère fémorale, au niveau de l'arcade crurale pour les raisons suivantes : L'artère est, en ce point superficielle et couchée sur un plan résistant. L'opération y est facile et inoffensive. Elle permet de recueillir la quantité de sang désiré (500 ou 800 cm3). Elle n'exige aucun pansement consécutif, l'occlusion de l'artère se faisant spontanément par l'élasticité de l'artère.

Organisation du sang conservé par la transfusion. — MM. Tzanck et André demandent aux chefs de service des hôpitaux l'autorisation de poursuivre cette étude en l'étendant au service de garde de la « Transfusion sanguine d'urgence » en vue de perfectionner la méthode, et d'en étudier les risques pour éviter les improvisations de la dernière heure, au cas où l'utilisation de cette méthode serait imposée par les événements.

Recherches sur le phosphore organique rachidien. — MM. Germain et Morand.

Stéathorrée syphilitique et tétanie. — MM. Caroli, Girard et Mlle Joanissan.

Cancer du canal hépatique. — Ictère mécanique dissocié. — MM. Caroli, Guérin, Lavergne. — Malade de 31 ans, semblant atteint d'un ictère catarrhal. Ultérieurement ont crut pouvoir admettre une rétention mécanique. En présence de l'évolution continue de la maladie, les auteurs firent pratiquer un drainage vésiculaire, une biopsie hépatique révéla une formule histologique de stase biliaire centrolobulaire avec nécrose des cellules voisines. En présence d'une oblitération du cystique, on conclut à une sténose biliaire cancéreuse. A l'autopsie on put découvrir un nodule du volume d'une noisette dû à un épithéliome malpighien d'une branche du canal hépatique.

Pneumothorax précocement efficace. — M. Léon-Kindberg. — D'après l'auteur il y aurait 3 catégories de pneumothorax : 1° les bons, à collapsus satisfaisant, qui évoluent vers la guérison; 2° les mauvais, qu'il faut abandonner; 3° les médiocres qui sont en majorité; les collapsus se heurte alors à l'existence de brides adhérentielles et à l'irrétractilité du moignon. Il faut lutter contre ces obstacles pour obtenir l'efficacité précoce. Contre les brides, il faut pratiquer la section intra-pleurale précoce. Le résultat peut-être acquis par la chrysothérapie intra-pleurale. En conjugant les deux techniques on peut multiplier les guérisons, et surtout en agissant de bonne heure.

Séance du 19 mai 1939

Tuberculose ulcéreuse de l'intestin à perforations multiples. — MM. Ameuille et Chevalier.

Névrite optique et spirochétose méningée. — MM. Levy-Valensi, de Sèze et Mme Teyssier-Commerson.

Obstruction bronchique au cours d'un cancer bronchique. — M. Lemoine.

Un cas de périartérite noueuse. — M. Cathala. — Suite de l'observation d'une enfant atteinte de périartérite noueuse. L'amélioration a été régulière. La fillette fut appareillée à la Salpétrière et put marcher pendant 6 mois; puis elle fut reprise de manifestations infectieuses, puis d'une éruption de nodules dermo-épidermiques. Il existe actuellement des ankyloses des extrémités et des déformations. La biopsie d'un nodule a montré des lésions et artérite oblitérante.

Diagnostic sérologique de la mononucléose infectieuse par le test d'agglutination. — MM. Sohier, Parnet et Bernier.

Xérophtalmie et cachexie par avitaminose R. — MM. Clement, Delon, Dufour et Martin.

Endocardite maligne développée sur une cardiopathie congénitale (persistance du canal artériel). — MM. Grenet, Levent, Joly et Combes-Hamelle. — L'observation dont s'agit permet l'étude complète clinique, anatomique et bactériologique, d'un cas de persistance du canal artériel, anomalie congénitale sur laquelle s'est greffée une endocardite streptococcique. Ces observations sont rares. Il résulte, en effet, de la statistique de Abbott qui porte sur 1.000 cas de cardiopathies congénitales, comprenant 92 cas de persistance du canal artériel que cette anomalie est celle qui se complique le plus souvent d'endocardite infectieuse.

Hypertrophie musculaire avec symptômes myotoniques et de constitution rapide, chez une hypothyroïdienne latente. — MM. Mollaret et Rudaux. — Jeune fille de 35 ans atteinte subitement, à la suite d'un refroidissement prolongé, d'une hypertrophie musculaire intéressant de nombreux muscles et s'accompagnant de phénomènes myotoniques cliniques, mécaniques et électriques. En même temps, déficit thyroïdien. Ce fait est un exemple possible des dystrophies musculaires des hypothyroïdiens.

Séance du 26 mai 1939

Cancer de l'estomac. — Tuberculose pulmonaire. — Adénopathie caséeuse de la petite courbure. — MM. Bariéty, Mlles Tissier et Boulanger.

Ictéro-néphrite à pneumo-bacille de Friedlander. — Abcès du foie et cancer de l'ampoule de Vater. — MM. Caroli, Lévy-Bruhl et Raynaud. — Dans ce cas d'hépato-néphrite avec ictère, l'étude bactériologique démontra une discordance entre les résultats de l'hémoculture et ceux de la biliculture. A l'autopsie : hépatite suppurée diffuse et cancer nain latent de l'ampoule de Vater.

Purpura gangréneux méningococcique associé à une méningite cérébro-spinale. — Guérison par sérothérapie, le 1162 F et la vitamine A. — MM. Poinso, Ciaudo, Aubanel et Mlle de Bulmann (Marseille).

Plasmocytome lingual. — M. Milian. — Homme de 58 ans porteur d'une tumeur linguale accompagnée de ganglions durs et volumineux et langue triplée de volume avec ulcérations dans la joue. Par biopsie on reconnut un plasmocytome qui fut amélioré par la radiothérapie. Le malade succomba à un érysipèle intercurrent.

Syndrome neurologique simulant la sclérose latérale amyotrophique provoquée par un médicament sulfamidé. — MM. Roch, Martin et Neeser (Genève). — Observation de plusieurs malades présentant des lésions du système nerveux avec atrophie musculaire, provoquée par le médicament — le 4'-diamino-phényl-sulfanilamide.

Méningite et endocardite à streptococcies viridans. — Guérison de la méningite par les sulfamidés. — Incurabilité de l'endocardite. — MM. Roch, Junet et Neeser.

Mononucléose infectieuse, ictérique et hépato-splénomégalique. — MM. Cathala, Auzepy et Seguin. — Cas de mononucléose infectieuse ictérique et splénomégalique, ayant évolué en plusieurs semaines chez une fillette de 6 ans. Aucune angine initiale et persistance d'une légère hépato-splénomégalique une année plus tard.

Kyste géant du poumon chez un enfant de 5 ans. — MM. Giraud, Salmon et Cat (Marseille). — Enfant de 5 ans qui présenta des signes d'épanchement pleural suppuré; peu après, sans vomique, apparut une image pouvant faire penser à un pneumothorax total; ultérieurement des radios imposèrent le diagnostic de kyste géant du poumon limité par un dessin linéaire comme tracé au compas. Cette lésion est demeurée inaperçue pendant 5 ans.

Insuffisance cardiaque chez un éthylique. — Traitement par la vitamine B. — Guérison. — MM. Gounelle et Follin.

La puberté, étude clinique et physiopathologique, par Guy Laroche, M. Boigey, E. Bompard, A. Desaux, R. Ducroquet, L. de Gennes, A. Hammel, T. Hernando, M. Hirsch, J.-A. Huet, H. Lagrange, E. Layani, P. Le Noir, C. Lian, G. Maranon, E. May, L. Meurs-Blatters, Ch. Richet, H. Simonnet et H. Welti. Un vol. illustré de 349 pages. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 65 fr.

Les Manifestations de l'anaphylaxie et les substances histaminiques, étude clinique, expérimentale et thérapeutique, par Jean-Louis Parrot. Un volume de 112 pages avec 7 figures. Prix : 32 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1938.

CONGRÈS

LE Xe CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(Washington, 5-15 mai 1939)

Le Xe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires s'est tenu à Washington du 5 au 15 mai 1939. Il a été suivi de la IXe Session de Conférences du Comité international de Médecine et de Pharmacie militaires, qui s'est déroulée à Washington et New-York du 15 au 20 mai 1939.

Trente-sept nations des deux continents étaient représentées par des délégations officielles.

A part la séance inaugurale qui a eu lieu au Departmental Auditorium, toutes les autres séances du Congrès ont été tenues dans les salons de l'Hôtel Willard.

La séance d'ouverture a eu lieu le 9 mai, dans la matinée, sous la présidence de M. Cordell Hull, secrétaire d'Etat.

La première question étudiée avait trait à « *l'Organisation et au fonctionnement du Service de Santé dans les expéditions coloniales* ». Elle a fait l'objet des rapports du lieutenant-colonel médecin Ugo Reitano, du major général médecin Gregorio Gelonesi (Italie) et du colonel Garfield, L. Mc., Kinney (Etats-Unis).

Le médecin lieutenant-colonel Bouvier (E.), des Troupes coloniales, a présenté le point de vue du Service de Santé français.

L'ensemble des rapports et communications a donné lieu aux conclusions ci-dessous :

a) Les principes de base de l'organisation et du fonctionnement du Service de Santé dans les expéditions coloniales sont les suivantes :

— Etablissement du projet en temps opportun ;
— Appréciation claire des conditions d'existence sur le théâtre des opérations ;
— Utilisation des connaisssances et des moyens les plus modernes pour protéger la santé des troupes ;
— Discipline sanitaire individuelle et collective.

b) Les conditions particulières des guerres coloniales sont si différentes les unes des autres qu'il n'est pas possible d'établir un plan-type d'organisation et une base fixe d'appréciation des pertes à prévoir.

c) Une expédition coloniale doit être préparée en tenant compte des facteurs suivants :

— Climat et topographie du théâtre des opérations ;
— Distance de la métropole ;
— Rôle respectif de l'armée et de la marine ;
— Nature et étendue de la résistance éventuelle de l'adversaire ;
— Maladies importantes pouvant sévir sur le théâtre d'opérations.

d) Il est absolument nécessaire que les chefs des Services de Santé de l'armée et de la marine participent en liaison étroite, dès l'origine, à l'élaboration du plan d'opérations et à l'organisation de l'expédition.

e) Toutes dispositions judicieuses doivent être prises dans les ports d'embarquement et de débarquement pour le transport des malades et blessés, l'équipement médico-chirurgical et les approvisionnements.

f) Le conditionnement de l'air à bord des navires-hôpitaux est indispensable. La capacité hospitalière de ces derniers doit être limitée à 800 lits pour éviter le risque d'un fonctionnement défectueux des Services médicaux et administratifs.

g) Des mesures de prophylaxie doivent être mises en œuvre pour protéger les troupes expéditionnaires, en particulier les vaccinations lorsqu'on dispose d'un antigène.

La seconde question abordée par le Congrès concernait les « *Méthodes de calcul des pertes probables de guerre* ». Elle a eu pour rapporteur le médecin commandant Bradi (B.) (Allemagne) et le colonel Love (A. G.) (Etats-Unis).

Après échanges de vues, le Congrès a adopté les conclusions suivantes :

1° L'expérience démontre qu'il est difficile d'évaluer au préalable le taux des pertes probables dans n'importe quelle guerre.

2° Pourtant, la connaissance du taux des pertes et de leur répartition est d'importance primordiale dans l'organisation et la tactique du Service de Santé.

D'une évaluation préliminaire plus précise des pertes d'une guerre future doit résulter une action plus efficace du Service de Santé en campagne.

3° Au combat, moindre est l'effectif d'une unité d'infanterie engagée, plus est élevé le pourcentage des pertes.

4° Quelle que soit la méthode de calcul employé, il ne peut s'agir que d'une estimation, qui entraîne, par conséquent, toutes réserves médicales nécessaires.

5° Les méthodes de calcul mentionnées dans les rapports présentés ne doivent pas être considérées comme définitives ; elles indiquent simplement la voie qui peut conduire à la solution du problème posé.

6° La création d'un Comité international de standardisation de nomenclature constituerait un progrès appréciable.

La troisième question sur « *Les procédés pratiques d'anesthésie et d'analgésie en chirurgie de guerre* » a fait l'objet des rapports du major Marques Porto (E.) (Brésil), du brigadier général Raymond F. Metcalfe, du commander Morton D. Willcutts (Etats-Unis) et de la communication du médecin lieutenant-colonel Delaye (France).

Après divers échanges de vues, le Congrès a adopté les conclusions suivantes :

1° En raison des exigences de la guerre moderne, les méthodes d'anesthésie employées en campagne doivent varier suivant que les unités sont placées dans la zone de l'avant (formations sanitaires divisionnaires) ou plus spécialement à l'arrière.

2° Par suite des difficultés d'application des méthodes complexes d'anesthésie dans les formations sanitaires mobiles, les opérations chirurgicales pratiquées à ces échelons exigent des méthodes à la fois simples et pratiques, ne nécessitant ni l'emploi d'appareils délicats, ni l'emploi de spécialistes de l'anesthésie ;

3° Les grands hôpitaux situés surtout dans la zone de l'arrière peuvent employer des méthodes plus avantageuses, mettant à profit les progrès les plus récents dans le domaine de l'anesthésie.

4° Dans la majorité des cas, l'anesthésie générale est préférable en chirurgie de guerre.

5° Les anesthésiques recommandés sont, par ordre de préférence : l'éther éthylique, le chlorure d'éthyle et le chloroforme.

6° Si les circonstances le permettent, l'utilisation des anesthésiques de base sera recherchée : on élimine ainsi l'anxiété du blessé avant l'intervention et on diminue, de ce fait, la dose d'anesthésique à employer.

7° L'administration d'un anesthésique comportant des dérivés barbituriques, comme l'évipan, donne une réaction de courte durée. Elle est extrêmement pratique, peu toxique et l'anesthésie est suffisante pour permettre l'intervention chirurgicale, qu'il s'agisse d'anesthésie de base, d'anesthésie générale de courte durée (cas le plus fréquent) ou d'anesthésie plus longue par la méthode des doses intermittentes.

8° L'anesthésie rachidienne est d'un emploi limité en chirurgie de guerre, à cause de son action hypotensive. Elle est absolument contre-indiquée dans les états de shock.

9° L'anesthésie locale doit être réservée aux cas qui ne demandent qu'une brève intervention et dans des circonstances ne permettant qu'une activité chirurgicale de faible importance. Dans le cas de blessure du crâne, son utilisation large est parfaitement justifiée.

10° L'anesthésie générale par inhalation est ordinairement contre-indiquée pour les gazés des voies respiratoires.

11° Pour les gazés par vésicant, avec prédominance des lésions cutanées, l'anesthésie de base est préférable.

12° Chez les blessés ainsi que chez les gazés par suffocants ou vésicants, les anesthésiques de choix sont :

a) Les anesthésiques locaux ;

b) Les anesthésiques de base combinés ou non à de légères inhalations de chloroforme.

13° L'emploi thérapeutique de l'oxygène et de l'hélium ou de l'acide carbonique par inhalations, soit isolément, soit en combinaison, occupe une place importante dans la prévention et le traitement des accidents d'anesthésie générale, en éliminant ou en réduisant les complications post-opératoires.

14° Le remède souverain contre la douleur est toujours la morphine et les opiacés.

15° Les barbituriques, administrés par voie buccale, rendent de précieux services, en retardant ou en diminuant l'état de shock. Ils peuvent être utilisés avec sérieux avantages dans la zone de l'avant.

La quatrième question sur l' « *organisation du service chimio-pharmaceutique militaire* » fut rapportée par le Dr Ramon Antonio Alcaraz (Argentine) et par le colonel Jaroslav Janda (Tchécoslovaquie).

Lecture fut faite, ensuite, des communications du pharmacien colonel Manceau et du pharmacien chimiste général de la marine, Saint-Sernin (France), sur l'organisation et le fonctionnement du Service chimico-pharmaceutique dans l'armée française (troupes métropolitaines, coloniales et marine).

Ces communications terminées, le Congrès a adopté — après discussion — les conclusions suivantes :

1° Il est à souhaiter qu'il existe dans le Service de Santé, de toutes les armées, un service chimico-pharmaceutique assuré par des pharmaciens militaires, spécialement préparés à ces fonctions.

2° Ce service doit être placé sous la direction d'un pharmacien en chef, adjoint au directeur du Service de Santé.

3° Les principales attributions du service chimico-pharmaceutique sont les suivantes :

— Fourniture des drogues, médicaments et matériel médical de toutes sortes ;

— Surveillance du fonctionnement des laboratoires d'analyse chimique.

— Aide à apporter au personnel du Service de Santé dans le domaine de l'hygiène, de la prophylaxie, etc., etc.

La cinquième question portait sur le « *traitement de première urgence et l'appareillage primaire des fractures de guerre des maxillaires* ». Elle fut développée par le brigadier général Leigh C. Fairbank et le colonel Robert H. Ivy (Etats-Unis).

Le point de vue du Service de Santé français fut présenté par le dentiste capitaine de réserve Filderman (J.).

Après la communication de ce dernier, le Congrès a adopté les conclusions suivantes :

1° Dans le traitement des blessures du maxillaire, il est très important qu'il existe une collaboration étroite entre le chirurgien et le dentiste.

2° Le traitement des blessures de la face et de la mâchoire doit être aussi parfait que possible et applicable à la variété de toutes les blessures éventuelles.

Dans le traitement des blessures osseuses, il est indispensable d'appliquer de bons principes chirurgicaux et de tenir compte des considérations orthopédiques essentielles.

3° Le personnel médical et dentaire doit avoir présents à l'esprit les principes mêmes du traitement :

a) Arrêt de l'hémorragie ;

b) Fixation des fragments ;

c) Rapprochement temporaire des tissus mous profonds, déplacés et drainage ;

d) Emploi de moyens respiratoires adéquats ;

e) Traitement du shock ;

f) Prévention du tétanos ;

g) Soulagement de la douleur.

Il est recommandé :

a) D'adopter les méthodes simplifiées de fixation des fragments qui ont été décrites en cours de session ;

b) De disposer d'une réserve d'oxygène pour le traitement des shockés et gazés, cet oxygène étant utilisable aussi près que possible de la ligne de feu ;

c) D'envisager, dès le temps de paix, la vaccination antitétanique de toutes les troupes, afin de diminuer les quantités de sérum nécessaires en temps de guerre, et d'immuniser ainsi les hommes contre le tétanos.

(*A suivre.*)

Jean des Cilleuls.

Association de la Presse Médicale française.

La protection contre les gaz de combat (cours de perfectionnement et exercices tactiques sur des questions d'actualité) sous la direction de MM. Tanon et Cot, avec la collaboration de MM. Bruère, Cathala, Genaud, Kohn-Abrest, Moynier, Paitre, Peronnet, Perrier et Sohier. Un vol. in-8 de VIII-284 pages avec 54 fig. Prix : 30 fr. Chez Vigot frères, éditeurs à Paris, 1939.

La dépression constitutionnelle, l'ancienne neurasthénie dans ses rapports avec la médecine générale, clinique, biologique, thérapeutique, par R. Montassut, avec une préface du Professeur Henri Claude. Un vol. de 210 pages, prix : 45 francs. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE LA DIAPHYSE FEMORALE AU TIERS MOYEN DE L'ADULTE

Signes, Complications et Traitement

La fracture de cuisse au 1/3 moyen tire son intérêt :

— de sa fréquence : puisqu'elle représente 70 % des fractures du fémur ;

— Des problèmes thérapeutiques qu'elle soulève. L'extension continue par broche en a considérablement amélioré le pronostic à condition qu'elle soit l'objet d'une surveillance constante.

I. — Symptomatologie.

Type : fracture avec déplacement.

Il s'agit d'un adulte qui, à la suite d'un traumatisme très violent, a ressenti une douleur très vive, qui ne diminuera qu'après la mise en jeu de l'extension continue — douleur qui entraîne souvent un certain degré de choc. — Le malade a perçu un craquement et n'a pu se relever.

A l'examen on est souvent, d'emblée, frappé par le choc : le faciès est pâle, le pouls rapide, et, tandis que l'on prescrit de l'huile camphrée et une injection de un centigramme de chlorhydrate de morphine, on fait déshabiller précautionneusement le malade et l'on interroge le malade et l'entourage sur les circonstances de l'accident.

— Dans certains cas la fracture a succédé à un violent choc direct. On prévoit, dans ce cas, l'existence d'une fracture transversale ou oblique avec d'importantes lésions des parties molles.

— D'autres fois l'accident est survenu à la suite d'un mouvement de torsion, le pied étant fixé — c'est le type de l'accident de ski — on pense alors à une fracture spiroïde. Sitôt le malade déshabillé, le diagnostic est évident dès la simple inspection, surtout si l'accident est de date récente. On constate :

Une déformation du membre malade qui présente une crosse à angulation antéro-externe, visible de face et de profil. Cette crosse est cependant moins nette que dans les fractures du 1/3 supérieur, et pour peu que le malade soit vu tardivement, l'hématome et le gonflement qui en résulte peuvent venir masquer plus ou moins la déformation.

Par ailleurs, l'on note :

— *Une rotation externe* du membre sous-jacent à la fracture ; le pied repose sur le plan du lit par son bord externe.

— *Un raccourcissement* de 2 à 4 cm. visible, au besoin mensurable par la mesure de la distance E. I. A. S., interligne du genou ; ce raccourcissement est progressif, argument capital pour les partisans de la pose d'urgence de la broche.

On complète l'examen par une palpation douce et prudente qui recherche :

— Une douleur exquise au niveau du trait de fracture ;

— Une mobilité anormale que l'on apprécie en glissant la main sous la cuisse du malade et en la soulevant légèrement ;

— La crépitation osseuse — recherche douce et prudente — si on la perçoit, on prévoit une fracture avec peu de déplacement ; son absence témoigne d'un gros écart interfragmentaire et fait craindre l'interposition musculaire.

On termine en :

— Prenant le pouls et au besoin les indices oscillométriques du membre sous-jacent.

En examinant le genou, il est fréquent que l'on note, dans les heures qui suivent l'accident, l'apparition d'une hydarthrose de pathogénie discutée.

Il faut demander alors d'urgence des clichés radiographiques pris de face et de profil, au lit du malade avec un appareil portatif.

Ils vont permettre d'apprécier le trait et le déplacement.

1° *Le trait :*

Dans plus de la moitié des cas *le trait est transversal* ou presque, rarement en rave, le plus souvent irrégulier, dentelé, « en marche d'escalier ».

D'autres fois, le trait est oblique : oblique en bas et en dedans ou en bas et en dehors ; son obliquité est souvent très forte — si bien que les tranches fracturaires ont de 10 à 15 cm. de longueur.

D'autres fois le trait est spiroïde, s'enroulant en pas de vis autour de la diaphyse.

Quelque soit la direction du trait principal, des traits secondaires peuvent venir se surajouter : détachant un troisième fragment plus ou moins volumineux « en aile de papillon », parfois.

Les traits doubles, longitudinaux, les fractures comminutives sont plus rares.

2° *Le déplacement est variable :* il dépend de l'intensité et de la direction du traumatisme causal ;

Des précautions prises pendant le transport ;

De l'heure à laquelle est venu le malade.

Dans certains cas, le fragment supérieur se porte en abduction ; le fragment inférieur ascensionne, se place en arrière et en dedans du fragment supérieur ; ce sont les cas correspondant cliniquement à l'aspect de crosse à convexité antéro-externe.

D'autres fois, le fragment supérieur reste vertical ou se porte en adduction ; le fragment inférieur est attiré en dedans par les adducteurs, s'incline obliquement en bas et en dehors ; il est attiré de plus en avant par le quadriceps et forme avec le précédent un angle ouvert en avant et en dehors, une crosse à sommet interne.

Quoiqu'il en soit, c'est sur le cliché de face que l'on apprécie le déplacement dans le sens latéral ; sur le cliché de profil que l'on apprécie le chevauchement.

Telle est la fracture dans sa forme typique.

Signalons deux formes cliniques :

1° *La fracture sans déplacement,* rarissime chez l'adulte.

2° *La fracture survenant sur un os pathologique :* la diaphyse fémorale est le siège d'élection des fractures spontanées du tabès et des métastases des néo-glandulaires : sein, thyroïde, ovaire.

(*A suivre.*)

E. Sayous.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 66. — SAMEDI 19 AOUT 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

Revue générale.

Anatomie du lobe occipital (avec 2 fig.) [Fin], par M. Maurice LECONTE et Mme Suzanne LECONTE-LORSIGNOL.

Travaux originaux.

Le problème actuel de la cuti-réaction tuberculinique, par M. Dani HERVOUET.

Sociétés Savantes.

Société Médicale des Hôpitaux.

Congrès.

Le Xe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires (Washington, 5-15 mai 1939) [Fin], par M. Jean DES CILLEULS.

Pratique Médicale.

Livres Nouveaux.

INFORMATIONS

Nous sommes heureux de relever parmi les promotions de la Légion d'honneur, celle au grade d'officier de notre rédacteur en chef, le docteur Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Que notre éminent collaborateur veuille bien trouver ici l'expression très affectueuse des félicitations de toute la rédaction.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE.

I. — Contingent normal

Sont promus :

Commandeur. — M. Alexandre Brumpt, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Officiers. — MM. Aubertin, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Babonneix, médecin chef de service à l'hôpital Saint-Louis; Jacques Bloch, chirurgien de la fondation Léopold-Bellan, à Paris; Bouchet, chef de service à l'administration de l'assistance publique à Paris; Boverat, président de l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française; Choyau, président de la Confédération des syndicats médicaux français; Combier, chirurgien de la clinique chirurgicale du Creusot; Cleret, chirurgien chef des hôpitaux d'Aix-les-Bains; Girard, directeur du centre de prophylaxie antivénérienne de Toulon; Kritchewsky, chef du service dentaire des dispensaires de la Nouvelle Etoile des Enfants de France; Lamy, chef du service d'orthopédie de l'hôpital Bretonneau, chirurgien orthopédiste de l'hôpital Foch; Levêque, chef de bureau au ministère de la santé publique; Vavasseur, président honoraire de l'association syndicale des syndicats pharmaceutiques de France et des colonies.

Sont nommés :

Chevaliers. — MM. Aigrot, chirurgien-chef de l'hôpital de Lons-le-Saunier; Albertin, inspecteur départemental d'hygiène à Perpignan; Mme Bardou-Job, présidente du comité des Pyrénées-Orientales de la S. S. B. M.; MM. Baruk, médecin-chef de la maison de santé nationale de Saint-Maurice; Benoit, médecin-chef de l'hôpital du Blanc (Indre); Bergougnous, inspecteur principal de l'administration de l'assistance publique à Paris; Blondin, chirurgien-assistant à l'hôpital Saint-Louis à Paris; Bonhoure, médecin en chef des hôpitaux de Toulouse; Mme Carles, animatrice d'œuvres sociales à Lille; Mme Charpentier, vice-présidente de la ligue fraternelle des enfants de France; MM. Chaufour, inspecteur départemental de l'assistance publique d'Indre-et-Loire; Deshayes, médecin-chef honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Orléans; Duittoz chirurgien-dentiste à Paris; Dulcy, docteur en médecine à Avignon (Vaucluse); Mme Dupont, en religion sœur Xavéria, supérieure de l'hospice Sainte-Sophie, à Thiaucourt (Meurthe-et-Moselle); Mme Esvelin, présidente des œuvres de l'en-

fance à Lorient; M. Fouquet, docteur en médecine, assistant d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Saint-Louis; Mme Fricotelle, présidente du comité de Saumur de l'Association des dames françaises; MM. Gallot, chef de service à l'administration de l'assistance publique à Paris; René Gaultier, docteur en médecine à Paris; Jean Gauthier, docteur en médecine à Villefranche; Godlewski, chirurgien-chef du dispensaire de la Croix-Rouge d'Orange (Vaucluse); Grabias, docteur en médecine à Pierrelaye (Seine-et-Oise); Grosjean, docteur en médecine, à Gérardmer.

M. Jean, chirurgien-dentiste à Paris; Mme Julia, présidente de l'Union des femmes de France à Montauban; MM. Latapie, médecin chef de service à la maison de santé départementale de la Seine-Inférieure; Lemaire, médecin des hôpitaux de Paris; Litchwitz, médecin assistant à l'hôpital Broussais; Marassi, médecin chef des hôpitaux de Nice; Mlle Marqui, présidente du comité de l'Union des femmes de France à Perpignan ; MM. Melamet, docteur en médecine à Paris ; Meyer, chirurgien à Strasbourg ; Moreaux, médecin oto-rhino-laryngologiste à Nancy ; Mme Pelicand, sage-femme directrice de la maternité départementale de Bourg ; Mme de Polignac, présidente du comité des dames de la Croix-Rouge à Reims ; MM. Remilly, médecin chef de service à l'hôpital civil de Versailles ; Reynaud, vice-président de la commission administrative de l'hospice d'Oraison ; Uteau, ancien chef de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Toulouse ; Walter, accoucheur en chef de l'hôpital Rothschild ; Woringer, médecin de polyclinique à la clinique infantile de l'hôpital civil de Strasbourg.

II. — Promotion du Cinquantenaire de la fondation de l'Institut Pasteur

Sont élevés à la dignité de :

Grand'Croix. — M. Louis Martin, directeur de l'institut Pasteur à Paris.

Grand officier. — M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance publique à Paris.

M. Yersin, inspecteur des instituts Pasteur d'Indochine.

Sont promus :

Commandeurs. — M. Charles Burnet, directeur de l'institut Pasteur de Tunis.

M. Constantin Levaditi, directeur scientifique de l'institut Alfred-Fournier, chef de service à l'institut Pasteur.

M. Edmond Sergent, directeur de l'institut Pasteur d'Alger.

M. Pasteur Vallery-Radot, professeur à la faculté de médecine de Paris.

Officiers. — MM. Blechmann, médecin de l'hôpital Léopold-Bellan à Paris; Boquet, chef du service des recherches sur la tuberculose à l'institut Pasteur; Dumas, chef de service à l'institut Pasteur; Lafaille, chef de laboratoire à l'institut Pasteur; Morin, mandataire en Indochine de l'institut Pasteur ; Nègre, chef de service à l'institut Pasteur ; Etienne Sergent, chef de service à l'institut Pasteur d'Algérie à Alger; Staub, chef de service à l'institut Pasteur.

Sont nommés :

Chevaliers. — MM. Boivin, chef de service adjoint à l'institut Pasteur; Coloni, chef de service à l'institut Pasteur; Fontaine, vice-président de la Société des études pastoriennes; Gidon, préparateur à l'institut Pasteur; Giroud, chef de service adjoint à l'institut Pasteur; Grenoilleau, médecin inspecteur départemental d'hygiène à Blois (Loir-et-Cher); Jacotot, directeur de l'institut Pasteur de Nhatrang (Indochine); Mme Ledan, en religion sœur Laure, religieuse infirmière à l'hôpital de l'institut Pasteur; MM. Nanta, directeur de l'institut de sérologie et prophylaxie vénérienne de la faculté de Toulouse, professeur à la faculté de médecine de Toulouse; Prévot, chef de service adjoint à l'institut Pasteur; Sollier, médecin directeur du laboratoire départemental de bactériologie et des laboratoires du centre médical Président-Doumergue à Nîmes; Stefanopoulo, chef de laboratoire à l'institut Pasteur.

Marine marchande. — *Officier.* — Le docteur Jean Gauraud, médecin sanitaire maritime.

Chevalier. — Le docteur Georges Chefneux, médecin du ministère de la marine marchande.

Agriculture. — Mérite agricole. — *Officier :* M. Pellé (Rennes). — *Chevaliers :* MM. Camus (Pierre) et Marceron (Paris), Delteil (Agen).

Le VIe Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française se tiendra à Paris, à l'hôpital Saint-Louis, 9, place du Docteur-Fournier, du 12 au 14 octobre 1939.

Bureau du VIe Congrès. — Président : M. G. Milian, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de Médecine ; secrétaire général : M. Georges Basch, 167, boulevard Malesherbes, Paris (17e) ; secrétaire général adjoint : M. Georges Garnier, 14, rue Cimarosa, Paris (16e) ; trésorier M. L. Lafourcade, 51, rue de Monceau, Paris (8e).

Programme : *Jeudi 12 octobre*, musée de Saint-Louis. — *Le matin, à 9 h. 30*, séance solennelle d'ouverture.

Premier rapport : *L'histamine en dermatologie.* Rapporteurs : MM. R.-J. Weissenbach et Lévy-Franckel (Paris). Le Professeur agrégé Jausion (Paris). Le Professeur M. Kitchevatz (Belgrade).

Vendredi 13 octobre. — Le matin à 9 h. 30 : séance de présentation des malades. — *L'après-midi à 14 h. 30 :* deuxième rapport : *Les balano-posthites.* Rapporteurs M. Bory (Paris), M. le Professeur Favre, M. le Professeur agrégé Gaté et M. P.-J. Michel (Lyon), M. Golay (Genève)

Samedi 14 octobre. — Le matin à 9 h. 30 : troisième rapport : *Les agranulocytoses en dermato-vénérologie.* Rapporteurs : M. Touraine (Paris), M. le Professeur Watrin (Nancy), M. le Professeur Marin (Montréal).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, Dr Georges Basch, 167, boulevard Malesherbes, Paris. (17e) ou au secrétaire général adjoint, Dr Georges Garnier, 14, rue Cimarosa, Paris (16e).

REVUE GÉNÉRALE

ANATOMIE DU LOBE OCCIPITAL (1)

Par les Drs Maurice Leconte
et Suzanne Leconte-Lorsignol

*Chefs de clinique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecins des hôpitaux psychiatriques*

STRUCTURE

A. Cytoarchitectonie.

C'est à Meynert qu'on doit l'essor de l'étude architectonique du cerveau et notamment du lobe occipital, puisque, le premier, il avait distingué dans l'écorce de la scissure calcarine l'existence de huit couches. Aussi, la division de l'architectonie cellulaire en de nombreux champs a-t-elle fait de grands progrès grâce aux travaux de Hammerling, Campbell, Ellioth Smith, Brodman, Vogt, Marinesco, Goldstein et Von Economo.

Vogt distinguait deux grands types distincts de cortex : l'allocortex ou écorce allogénétique qui intéresse surtout le cerveau olfactif et l'isocortex ou cortex dont la structure est typique ou l'a été chez l'embryon; c'est-à-dire un cortex où se peuvent reconnaître les six couches classiques de Baillarger.

Parmi cet isocortex, Von Economo distingue cinq types différents : des types homotypiques : frontal, pariétal et polaire ; des types hétérotypiques : agranulaire et granulaire ou koniocortex.

Le lobe occipital ne renferme dans son cortex que trois de ces types correspondant d'ailleurs à trois zones ou champs fonctionnellement différentes et différemment nommés selon les auteurs (schéma 3).

Nous étudierons successivement la cyto-architectonie de ces trois champs occipitaux disposés concentriquement :

I. *Structure du champ strié :* champ OC de Von Economo. C'est l'*aire striée* ou aire visuo-sensorielle.

Etendue. — Sur la face interne, elle comprend le fond, les parois et les lèvres de la calcarine, c'est-à-dire la partie inférieure du cuneus, la partie supérieure du lobule lingual.

Ce champ commence en avant au niveau de la réunion de la scissure perpendiculaire interne et de la calcarine. Il s'élargit vers l'arrière peu à peu pour se terminer par une couronne (Von Economo) autour de l'épanouissement terminal en T de la calcarine, au pôle occipital.

Sur la face externe, elle comprend un petit territoire occupant le pôle occipital et touchant au champ O. B.

Histologiquement : c'est un *koniocortex* ou cortex granuleux (type 5 de Von Economo). Les éléments ont subi une évolution granuleuse. L'épaisseur de l'écorce est *mince :* 1,5 à 2 millimètres. Outre les caractères propres ou koniocortex :

— Grande minceur de l'écorce.

— Granulation des 3e et 5e couches corticales, c'est-à-dire disparition des cellules pyramidales de ces couches, l'aire striée est caractérisée par :

1° La division de la 4e *couche* ou couche interne des grains en deux couches, l'une superficielle IVa et l'autre profonde IVb par la strie de Gennari. Il s'agit d'une lame intermédiaire qui se peut reconnaître à l'œil nu sous la forme d'une strie plus claire sur les bandes sombres de la granuleuse interne. Elle est formée par les radiations visuelles de Gratiollet, avant que les fibres s'épanouissent ;

2° L'existence dans cette quatrième couche, plus précisément au niveau de la strie de Gennari, de grosses

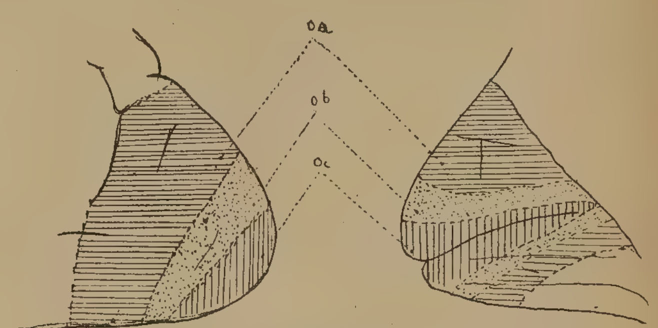


Schéma III. — *Aires histologiques* (d'après Cossa)
Oa : *hachures horizontales.* — Ob : *pointillé*
Oc : *hachures verticales*

cellules horizontales, étoilées : *les cellules géantes étoilées ;*

3° Le très grand nombre de cellules, quatre fois plus que les autres champs corticaux (Von Economo).

Cajal les considère comme caractéristiques de l'écorce visuelle. Pour lui, c'est autour d'elles que viennent se terminer les arborisations des fibres visuelles issues de la strie de Gennari ;

4° Par les cellules géantes pyramidales de la cinquième couche, cellules rares, mais constantes, à blocs tigroïdes nets et volumineux.

II. *Champ parastrié* (champ OB de Von Economo).

Limites. — Il est entièrement entouré par le croissant du champ OA et entoure lui-même le champ OC.

Sur la face interne, c'est le plus étendu des trois champs occipitaux. Il occupe la partie restée libre de la calcarine au-dessus et au-dessous des zones occupées par le champ strié, mais il n'atteint pas tout à fait la scissure perpendiculaire interne en haut.

Il est nettement délimité au champ OC selon une limitation linéaire (Von Economo), mais mal en ce qui concerne le champ OA.

Sa structure est celle du cortex homotypique de type polaire (type 4 de Von Economo).

C'est un cortex à écorce *très mince*, mais nettement

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 64-65.

mieux stratifié que les autres. La densité des cellules est très grande surtout au niveau des couches granulaires. Le type polaire occipital diffère du type polaire frontal par les cellules de la 5e couche qui sont petites, peu saillantes avec de grosses pyramidales — par la densité de C4 qui est la plus dense de toute la corticalité.

Entre le champ OC et OB, Von Economo décrit un seuil *parastrié giganto-pyramidal :* zone para-sensorielle OBy. C'est un liséré cernant l'aire striée, semblable à un liséré qui se trouve au voisinage de Pa et qui, probablement, est en rapport, pour cet auteur, « avec une mise en éveil de l'attention, réflexe d'adaptation à l'excitant sensoriel déterminé ».

III. *Champ péristrié* (champ OA de Von Economo).

Assez limité, à la face interne, il occupe la partie toute antérieure du cuneus selon une mince bande parallèle à la scissure perpendiculaire interne. A la face externe, il fait suite aux champs pariétaux et occupe une zone plus large en avant de la zone du type polaire.

Le type architectonique appartient au cortex homotypique pariétal (type 3 de Von Economo) que caractérise :

— Un développement très net des couches granulaires C2 et C4 et une diminution de C3 et C5 avec cellules pyramidales petites. L'écorce est épaisse et la striation horizontale marquée.

Von Economo fait encore remarquer que ce champ n'a pas toujours la même structure et que l'on peut encore distinguer secondairement :

— Un champ OA2 situé à la convexité du lobe et près du lobe pariétal au niveau de la scissure perpendiculaire externe. Là, les grandes cellules des CIII sont plus nombreuses qu'ailleurs.

— Un champ OAm intermédiaire. Ces deux champs s'opposant au champ OA1 qui répond à la structure la plus postérieure et la plus étendue que nous avons prise pour type de description.

B. Myéloarchitectonie

L'étude des variations des couches cellulaires décrites par Baillarger a servi, nous l'avons vu, à établir une première systématisation des champs. Les préparations myéliniques par la méthode de Weigert, en montrant les dispositions des fibres, a permis de distinguer diverses stratifications correspondant aux couches classiques.

C'est ce qu'on appelle la myéloarchitectonie, dont Vogt a particulièrement poursuivi l'étude et cette méthode a encore montré l'existence de types différents.

En ce qui concerne les fibres verticales, on distingue un type supra-radiaire, un type infra-radiaire et un type intermédiaire ou médio-radiaire.

Au niveau du lobe occipital, ce sont surtout les deux derniers types qui s'observent.

Les fibres horizontales, appelées encore fibres transversales ou tangentielles ont donné lieu également à une classification. C. et O. Vogt ont établi divers types que caractérisent le fusionnement ou le dédoublement des stries primitives de Baillarger. Ce sont : le type unitostriaire ou les deux stries de Baillarger (l'externe de C4 et l'interne dans la partie profonde de C5) sont fusionnées. Le type unistriaire où la strie interne de Baillarger est accolée avec les fibres les plus profondes de l'écorce ; le type astriaire où les stries de Baillarger sont absentes ou indistinctes.

L'aire striée est une aire unitostriaire.

Il y a dans l'aire visuelle une densification des fibres des couches superficielles et profondes de C4 qui constitue la strie de Vicq-d'Azyr ou de Gennari. Ainsi, la quatrième couche des grains se trouve-t-elle divisée en deux par cette strie. Ce plexus est caractéristique de la calcarine. Il est formé de fibres venues de la substance blanche : des radiations de Gratiollet qui se ramifient au niveau des cellules étoilées.

Vascularisation artérielle. — Deux artères irriguent les circonvolutions occipitales dans des proportions inverses selon la face considérée. Ce sont : la cérébrale moyenne et la cérébrale postérieure.

I. *Sur la face externe,* les branches qui irriguent le lobe occipital sont tributaires de :

A. *La sylvienne* surtout qui respecte la pointe extrême du lobe occipital. Ce sont :

1° *L'artère du pli courbe,* qui continue en arrière la direction de la cérébrale moyenne, se trouve située en arrière de la pariétale postérieure et se borne à irriguer la partie correspondante du pli courbe et la partie occipitale intéressée ;

2° *La temporale postérieure,* branche ascendante de la sylvienne, née après le tronc commun des artères ascendantes. Elle suit un des sillons verticaux nés de la scissure de Sylvius et irrigue, outre les deux tiers postérieurs de T1 et la moitié de T2, les parties adjacentes et antérieures des circonvolutions occipitales externes.

B. *La cérébrale postérieure,* qui irrigue sur cette face la partie externe du pôle occipital par sa branche occipitale postérieure.

II. *Sur les faces interne et inférieure, la cérébrale postérieure* irrigue la totalité du cortex occipital. Elle est une branche terminale du tronc basilaire, et après s'être divisée en trois branches :

— Branche antérieure qui gagne la partie antérieure du lobe fusiforme et de la circonvolution de l'hippocampe.

— Branche temporale postérieure.

— Branche occipitale postérieure,

Elle irrigue la presque totalité du lobe occipital par ses deux branches les plus postérieures ; la *branche temporale postérieure* irrigue les confins du lobe occipital et du lobe temporal. La *branche occipitale postérieure,* très volumineuse, circule dans la scissure calcarine même, irrigue l'aire striée, se dirige vers le pôle occipital et fournit la vascularisation de tout le

lobe occipital, en arrière de la précédente, fournissant au lobule lingual, ou cunéus, ainsi que l'ergot de Morand.

Macdonald Critchley, au Congrès Neurologique International de Londres de 1935 a publié une intéressante étude sur les suppléances artérielles du lobe occipital. Certes, toute l'aire striée est comprise dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure, mais il existe un *réseau capillaire* non seulement entre les branches terminales de chaque artère cérébrale postérieure, mais encore entre celles de la sylvienne et de la cérébrale postérieure. Aussi, qu'il survienne une thrombose artérielle, la zone de ramollissement sera toujours moins étendue que le territoire anatomique du vaisseau lésé. Il en résulte que, lors d'une oblitération de la cérébrale postérieure, le pôle occipital peut n'être pas intéressé, quoique vascularisé normalement par des rameaux dépendant de la cérébrale postérieure.

CONNEXIONS

Pour le lobe occipital, comme pour tout autre lobe, lorsqu'on étudie les groupements en faisceaux des fibres qui émanent ou parviennent à telle ou telle région corticale, il convient de décrire des faisceaux d'association, des faisceaux commissuraux, des faisceaux de projection. C'est dans cet ordre que nous les étudierons successivement.

A) Fibres d'association.

On désigne sous le nom de faisceaux d'association des faisceaux unissant deux points de l'écorce d'un même hémisphère. Il en existe au niveau du lobe occipital, plusieurs groupes anatomiquement distincts (schéma 4) :

1° *Le faisceau du pli courbe*. Ce faisceau est tendu de la face interne du lobe occipital à l'écorce du pli courbe (centre visuel des mots) ;

2° *Le faisceau transverse du coin ou faisceau de Sachs*. Il va de la face externe du lobe au cunéus en passant au-dessus de la corne occipitale. Il est donc sus-ventriculaire ;

3° Le faisceau transverse du lobule lingual. Il fut étudié et ainsi dénommé par Vialet. Comme le précédent, c'est un faisceau de direction transversale représentant un moyen d'union réciproque pour les différentes parties du lobe occipital. Bechterew établit, ainsi qu'il suit, la description de son trajet :

Il contourne transversalement l'extrémité de la corne ventriculaire postérieure et on peut l'observer dans toute l'étendue du lobule lingual jusqu'à son passage dans le gyrus de l'hippocampe. Ses fibres naissent dans la *lèvre inférieure de la scissure calcarine* et dans la substance blanche du lobule lingual ; au niveau du bord interne du ventricule, elles se réunissent en faisceau, contournent la partie inféro-interne du faisceau longitudinal inférieur, pénètrent, en passant devant la paroi inférieure du ventricule, dans l'espace compris entre cette paroi et la substance blanche du gyrus fusiforme, contournent une seconde fois la portion inféro-externe du faisceau longitudinal de Burdach et se perdent dans les deuxième et troisième occipitales. Il est donc *sous-ventriculaire*.

Pour Vialet, ce faisceau relie le centre de la sensibilité à la lumière, situé au voisinage de la calcarine au centre d'emmagasinement des images optiques qui se trouve à la face externe du lobe occipital. En réalité, il n'est pas le seul, le faisceau de Sachs va également au centre des souvenirs visuels.

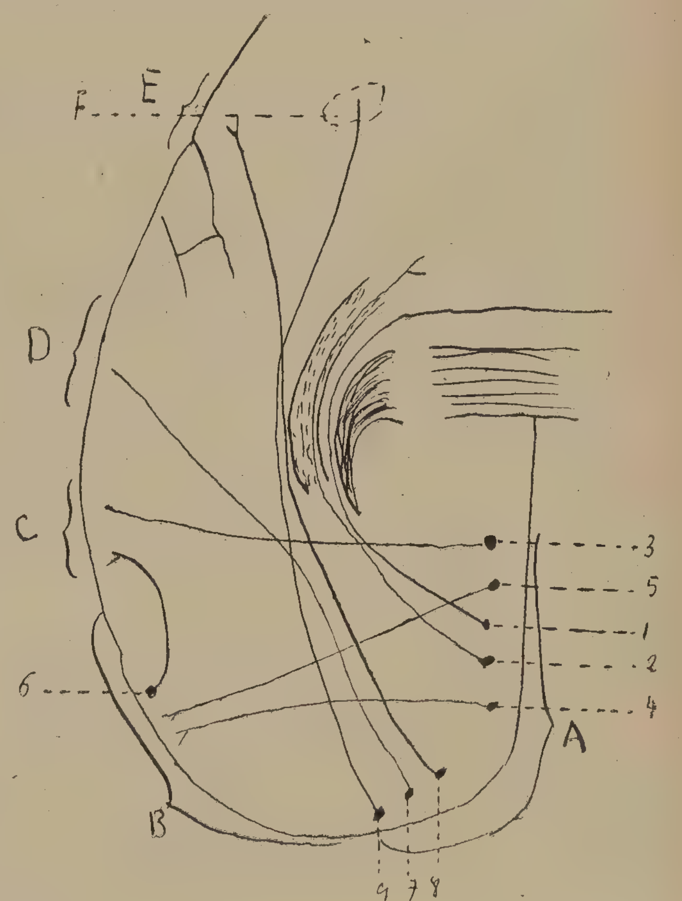


Schéma IV. — *Voies opto-réflexes corticales* (d'après Houtsaeger)

A. Centre de la perception visuelle. — B. Centre des souvenirs visuels ou de la cécité psychique. — C. Centre de la mémoire visuelle des mots. — D. Centre de la mémoire auditive. — E. Centre du langage articulé. — F. Projection du centre de l'écriture (F[2]). — 1) Fibre commissurale calleuse. — 2) Fibre de projection vers les centres optiques primaires occupant le faisceau des radiations optiques. — 3) Faisceau du pli courbe. — 4) Faisceau transverse du coin ou faisceau de Sachs. — 5) Faisceau du lobule lingual ou faisceau de Vialet. — 6) Faisceau unissant la convexité (centre des souvenirs visuels) au pli courbe (centre de la mémoire verbale). — 7) Faisceau longitudinal inférieur (unissant le centre de perception visuelle au centre de la mémoire auditive). — 8) Fibres de ce faisceau allant au centre de Broca. — 9) Fibres de ce faisceau allant au centre de l'écriture

Nous décrirons encore en suivant l'ordre adopté par Houtsaeger, dont nous empruntons le schéma, les faisceaux suivants :

4° Un faisceau allant directement de la *convexité du lobe au pli courbe* ;

5° *Le faisceau longitudinal inférieur*. Il représente l'ancien faisceau sensitif de Charcot et Ballet qui avaient cru voir en lui le prolongement du faisceau de Meynert.

Pour Fleshsig, il met en rapport la sphère visuelle avec le thalamus, mais la plupart des auteurs se rangent à l'avis de Bechterew qui n'a jamais constaté l'existence d'une connexion quelconque du centre optique avec le thalamus. En réalité, c'est un faisceau d'association reliant le *lobe occipital au lobe temporal, s'étendant d'un pôle à l'autre*. Il est situé à la partie inférieure et externe des deux lobes, à la face profonde des troisièmes circonvolutions occipitale et temporale.

Ses fibres entourent en arrière comme un anneau, très épais dans sa partie *externe* la corne occipitale du ventricule. Nous avons vu, aux rapports internes, sa situation. Cette partie externe renforcée fait partie intégrante de la substance saggittale de Wernicke du lobe occipital. Elle en est la partie externe, les radiations optiques en constituant la partie interne.

En avant, ce faisceau passe en dehors du carrefour ventriculaire, longe la partie inféro-externe de la corne ventriculaire, lui constitue une gouttière à concavité interne et se répand dans le pôle temporal.

La longueur de ses fibres est variable, la plupart sont longues. Leur origine est surtout occipitale ; leur trajet occipito-temporal. Cependant, un très petit nombre ont leur origine au niveau de l'écorce temporale. A la partie antérieure, la pointe du faisceau s'entrecroise avec le faisceau unciforme et s'engage dans la capsule externe.

Ainsi, sa terminaison n'est pas uniquement temporale. Bechterew a montré que si la clinique ne suffisait, la méthode des dégénérations permet de mettre en évidence les relations entre troisième frontale et lobe occipital.

On peut donc dire que le faisceau longitudinal inférieur unit le centre visuel avec les circonvolutions temporales, d'une part (centre de la mémoire auditive des mots) et que plus en avant il l'unit avec le pied de F3 et de F2, c'est-à-dire qu'il atteint le centre de Broca, centre du langage articulé et le centre de l'écriture ou centre de l'agraphie.

Ce faisceau est avant tout, comme nous venons de le voir, un faisceau d'association. Cependant, il convient de remarquer avec Poirier qu'il comporte dans sa partie supérieure quelques fibres de projection ;

6° *Le faisceau occipito-frontal de Forel et Onufrowitsch*. On le décrit comme un faisceau à topographie centrale tendu du pôle occipital au pôle frontal. Il est contenu dans la paroi externe du ventricule latéral (tapetum) en dedans des fibres de Gratiollet qui le séparent du faisceau longitudinal inférieur ? Il fait partie du tapetum et la constitution de celui-ci est aussi discutée que le nom, le rôle et l'existence du faisceau longitudinal-occipito-frontal. Ses fibres d'abord radiées et verticales se coudent, puis se groupent selon une direction saggittale pour atteindre enfin le lobe frontal. Muratoff appelle ce faisceau *faisceau sous-calleux*. Bechterew le désigne également sous le nom de faisceau longitudinal sous-calleux. Longtemps, on a cru que le tapetum était uniquement constitué par les fibres calleuses, c'est-à-dire commissurales. Il n'en est rien. Bechterew admet qu'il contient également les fibres du noyau caudé et que les fibres occipito-frontales du tapetum sont minimes. Lévy-Valensi, dans sa thèse sur le corps calleux a montré également que le tapetum n'était pas uniquement de constitution calleuse.

Poirier le considère comme presque uniquement constitué par des irradiations occipito-frontales, car, dit-il, il dégénère dans toute son épaisseur si on extirpe le lobe occipital. En outre, le tapetum persiste quand le corps calleux fait défaut.

Wernicke décrivait le faisceau occipito-frontal de Forel sous le nom de faisceau du corps calleux se rendant à la capsule interne et Meynert sous celui de couronne rayonnante du noyau caudé.

Plus récemment encore (1933), M. Soshna Rosett a soulevé à nouveau cette question. Et les conclusions de ses études sont très différentes. Le faisceau sous-calleux n'est pas un système d'association occipito-frontal, ni d'ailleurs une émanation du noyau caudé ou du corps calleux, mais il est fait de fibres de signification toute différente ? Certaines fibres frontales et occipitales sont thalamiques. Les autres sont cortico-spinales et cortico-pontiques. Le long faisceau occipito-frontal, pour cet auteur, est un mythe. Nous ne ferons que mentionner le fait.

Quand au *faisceau longitudinal supérieur*, ou faisceau arqué, nous nous bornerons à rappeler son existence, car surtout composé des fibres courtes ; il comporte, pour une part véritablement minime, des fibres occipito-frontales ;

7° Le cingulum — ou faisceau de l'ourlet, est aussi occipito-frontal ;

8° *Strie interpariétale de O. Pötzl, ou bandelette sensorio-visuelle*, d'Elliot-Smith.

Elle s'étend des circonvolutions occipitales à la circonvolution post-centrale en cheminant dans le fond du sillon interpariétal. Elle unit les sphères sensible et visuelle. Ses éléments se rapprochent de ceux de la sphère occipitale. Sa lésion serait génératrice d'un type particulier d'apraxie ;

9° *Fibres courtes propres au lobe occipital.*

Enfin, nous décrirons encore :

a) Le faisceau occipital vertical ou occipito-perpendiculaire de Wernicke.

Il unit le *bord supérieur* du lobe (O1 et O2) aux circonvolutions de la *face inférieure du lobe* (O3 et O4). On possède peu de précisions à son sujet. En avant, il se continue également, unissant le pli courbe (P2) avec T2 et T3.

b) Le stratum calcarinum. Il est constitué de fibres reliant entre elles les *deux lèvres supérieure et inférieure* de la calcarine.

c) Le stratum proprium cunei de Sachs, dont les fibres relient la lèvre supérieure de la calcarine au bord supérieur du lobe occipital.

B) Fibres commissurables.

Ce sont des fibres unissant deux hémisphères. Elles sont tendues d'un lobe occipital à l'autre et empruntent le tapetum et le bourrelet du corps calleux. Pour

Cajal, certaines seraient des collatérales des fibres de projection de l'écorce.

La terminaison dans l'hémisphère opposé des fibres calleuses est discutée. Pour Meynert, elles se terminent en des points symétriques et Lévy-Valensi, dans sa thèse et à la suite de ses recherches personnelles estime que cette disposition est à peu près symétrique. Pour Cajal, Sherrigton, Muratow, les fibres calleuses n'ont pas un trajet situé dans un plan frontal et leur terminaison se fait en des points tout à fait asymétriques par rapport à ceux de leur origine. Si l'on en croit Testut, les fibres commissurales de la partie postérieure du lobe occipital, cuneus, pli courbe et précuneus empruntent la partie moyenne du bourrelet du corps calleux et le splenium ou partie inférieure de ce bourrelet. Avant de gagner le corps calleux, elles rencontrent la corne occipitale du ventricule latéral en constituant le forceps du corps calleux. Au niveau de l'ergot de Morand, ce forceps se divise en deux faisceaux : l'un, le *forceps major*, qui suit la partie supéro-interne de la corne occipitale en constituant le bulbe de la corne postérieure au niveau de cette paroi de la corne ; l'autre, accessoire, le forceps minor, joint à des fibres du faisceau occipito-frontal, constitue avec lui le tapetum. Les fibres calleuses du forceps minor sont surtout constituées de fibres issues du lobe lingual et du lobe fusiforme.

C) Fibres de projection.

Sous cette rubrique se rangent des fibres qui joignent l'écorce occipitale aux noyaux de la base et au tronc cérébral sans préjuger de leur origine et du sens de leur conduction.

On peut distinguer des fibres corticofuges et des fibres corticopètes que Testut nomme : fibres descendantes et fibres ascendantes.

1° *Fibres corticofuges.* Elles seraient de deux ordres :

a) Certaines sont cortico-ganglionnaires. Elles sont originaires des cellules pyramidales de l'écorce et se terminent par des arborisations libres dans les cellules du *corps genouillé* externe, du pulvinar et surtout du tubercule quadrijumeau antérieur.

De là, ensuite :

a) *D'autres seraient cortico-rétiniennes.* Mais leur existence semble être encore du domaine de l'hypothèse. En tout cas, elles sont peu nombreuses.

Dans les deux cas, ces fibres empruntent en sens inverses les fibres optiques, les radiations de Gratiollet.

En ce qui concerne les fibres descendantes rétiniennes indirectes ou directes, Cajal pense que leur action se manifeste sur les articulations réciproques des différentes neurones de la voie optique et qu'elles règlent la transmission corticopète des impressions rétiniennes.

Les autres fibres font partie des voies optiques secondaires. Après synapse, elles se continuent par les faisceaux tecto-bulbaire, tecto-protubérantiel.

Elles jouent un rôle dans certains arcs réflexes. Enfin, certaines sont oculo et céphalogyres, en rapport avec le centre sensorio-moteur occipital de la déviation conjuguée, lequel, on le sait, se superpose au centre visuel de l'écorce calcarine.

2° *Fibres corticopètes.* — Ce sont les radiations optiques de Gratiollet.

Elles transmettent les impressions visuelles venues de la rétine et qui ont déjà accompli un certain nombre de relais.

Ces radiations constituent la majeure partie du *pédoncule postérieur du thalamus.*

Elles se dégagent du pulvinar, traversent le champ de Wernicke, empruntent le segment rétro-lenticulaire de la capsule interne, puis, en arrière, elles s'infléchissent alors en longeant la corne occipitale du ventricule latéral. Nous en avons déjà décrit la terminaison.

Ces fibres répondent au troisième neurone de la voie optique. On sait que le protoneurone répond aux cellules bipolaires de la rétine, le deutoneurone aux cellules multipolaires de la rétine dont les fibres forment ce qu'on appelle le nerf optique et vont se terminer d'une part dans le corps genouillé externe, d'où naîtront les fibres constituant les radiations optiques, d'autre part, dans le tubercule quadrijumeau antérieur, d'où naît la voie optique réflexe.

BIBLIOGRAPHIE

Anglade. Les territoires intellectuels du cerveau (*Encéphale*, 1921, pp. 423-437).

Baruk (H.) et J. Dereux. Syndrome occipital avec amnésie verbale visuelle (*Société Médicale des Hôpitaux*, t. 50, 1926, 22 octobre 1926).

Bechterew. *Les voies de conduction du cerveau et de la moelle* (Doin, édit.).

Bechterew. *Anatomie du système nerveux de l'Homme* (Louvain, 1906).

Bing. *Diagnostic topographique des lésions de la moelle et et de l'encéphale.*

Boin. *Eléments d'histologie* (Alcan, édit.).

Chatelin (Charles). *Les blessures du cerveau.*

Christiansen (Viggo). *Les tumeurs du cerveau : tumeurs des lobes occipitaux* (Masson et Cie, 1931).

Cajal (S. Ramony). *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés* (Maloine, édit.).

Cossa (Paul). *Physiopathologie du système nerveux* (Masson, édit.).

Cossa (Paul). *Anatomie du système nerveux central* (A. Legrand, édit.).

Dejerine (J.). *Séméiologie des affections du système nerveux* (Masson, édit., Paris, 1914).

Economo (C. Von). *L'architecture cellulaire normale de l'écorce cérébrale* [Edition française par Ludo Van Bogaert] (Masson, édit., Paris 1937).

Egaz Moniz. *Diagnostic des tumeurs cérébrales et de l'encéphalographie artérielle* (Masson et Cie).

Foix (Aphasie). *Nouveau Traité de Médecine : Roger, Widal, Teissier* (Masson, 1928, fasc. XVIII, pp. 135-213).

Gilis. *Les centres nerveux et sympathiques.*

Guillain (G.). et (I.) Bertrand. *Anatomie topographique du système nerveux central* (Masson, 1936).

Head (Henri). (*Studies of neurology*, volumes I et II, Londres, 1920.)

Henschen. La projection de la rétine sur la corticalité calcarine (*Semaine Médicale*, 22 avril 1903).

Hovtsaeger. *Les nerfs craniens* (Baillère, édit.).

Landau et Dejerine. Les limites du cortex visuel chez l'Homme (*Revue Neurologique*, t. XXIX, 1916).

Levy (Maurice). Les ramollissements sylviens (*Thèse de Paris*, 1927).

Levy-Valensi. *Diagnostic neurologique.*

Levy-Valensi. Le corps calleux (*Thèse Paris*, 1910).

Levy-Valensi. Syndromes pariétaux (*Nouveau Traité de Médecine*, t. XIX, p. 136, et *Les Syndromes occipitaux*, p. 155).

Lhermitte (J.). *Les mécanismes du cerveau* (N. R. F.).

Lhermitte (J.). *Les fondements biologiques de la psychologie.*

Macdonald (Gritchley) (de Londres). Suppléances artérielles au niveau du lobe occipital (*Congrès International de Londres*, du 27 juillet 1933, et *Revue Neurologique*, t. 64, n° 4, octobre 1935).

Marie (Pierre), Foix et Bertrand. Recherches sur la topographie crânio-cérébrale (*Revue Neurologique*, t. XXIX, 1916).

Marie (Pierre), Foix et Bertrand. Topographie crânio-cérébrale (3e communication). Localisation des principaux centres de la face externe du cerveau (*Revue Neurologique*, 2e semestre 1916).

Marie (P.). et Chatelin. Les troubles visuels consécutifs aux blessures des voies optiques centrales et de la sphère visuelle corticale : hémianopsies en quadrant supérieur ; hémiachromatopsie (*Revue Neurologique*, 1916, XXIII, p. 138).

Masquin (P.) et Trelles (J.-O.). *Anatomie et physiologie normale et pathologique du système nerveux central* (Doin, édit.).

Minkowski. Sur la terminaison et la représentation centrale des fibres croisées et directes des nerfs. Contribution à l'anatomie et à la physiologie de la vision binoculaire (*Congrès de Physiologie de Paris*, 1920).

Minkowski. Sur les conditions anatomiques de la vision binoculaire dans les voies optiques centrales (*Encéphale*, 1922).

Monbrun (A.). *Les hémianopsies en quadrant et le centre cortical de la vision.*

Monbrun. Le centre cortical de la vision (*Archives d'Ophtalmologie*, 1919).

Monbrun. L'Hémianopsie en quadrant (*Thèse* 1914).

Morax. L'Hémianopsie par contusion du crâne (*Annales d'Occulistique*, 1918).

Nida. Contribution à l'étude des phénomènes visuels d'excitation du cortex occipital (*Thèse de Paris* 1934. Amédée Legrand, édit.).

Piéron (Henri). *Le cerveau et la pensée* (Alcan, édit. 1923).

Piéron (Henri). Des degrés de l'hémianopsie corticale. L'hémiastéréopsie (*C. R., Soc. de Biologie*, 1916, t. XXIX, p. 1055).

Poirier (P.) et Charpy (A.). *Traité d'anatomie humaine.*

Rimbaud (L.). Précis de Neurologie, p. 161, *Les troubles sensoriels* (Doin, édit.).

Rouvière. *Anatomie*, t. II (Masson, éditeur).

Smith (Elliott). The morphology of the retrocalcarine region of the cortex cerebral (*Proceeding of the royal Society*, Londres, vol. 73, 1904).

Soshna (Rosett). Le mythe du faisceau d'association occipito-frontal (*Archives of neurology and psychiatry*, n° 6, pp. 1248-1259, décembre 1933, et *Revue Neurologique*, juillet 1934, t. n° 1).

Soury (J.). *Le système nerveux central* (Masson, édit. 1899).

Testut et Latarget. *Traité d'anatomie humaine. Système nerveux central* (Doin, édit.).

Trelles (J.-O.) et Leconte (Maurice). *Gazette des Hôpitaux*, n° 10, 2 février 1935, *Le lobe pariétal*).

LE PROBLÈME ACTUEL DE LA CUTI-RÉACTION TUBERCULINIQUE

Est-elle constante, spécifique, inoffensive ?

Par le Dr Dani Hervouet

J'ai présenté en mars dernier, à la Société Médicale des Praticiens, l'esquisse d'un problème qui s'est imposé à mon esprit sur la constance, la spécificité et l'innocuité de la cuti-réaction tuberculinique.

Nul n'ignore les communications assez nombreuses parues depuis une année sur *l'inconstance* et *l'irrégularité* de la cuti-réaction tuberculinique. Quant à sa *spécificité*, elle présente une félure appréciable depuis que le Professeur Bordet a constaté qu'un organisme tuberculeux réagit indifféremment et de même façon à la tuberculine et aux extraits colibacillaires.

De plus, il est possible qu'une première cuti négative sensibilise l'organisme et prépare une deuxième cuti positive sans autre raison. Qu'on se reporte, par une analogie qui n'a rien d'abusif, à la communication du Professeur Sergent à l'Académie de Médecine, le 7 février dernier, sur une intradermo-réaction de Casoni négative, suivie quelques jours après d'une positive non justifiée par la réalité.

Enfin, *est-elle inoffensive ?* A cette question, il y a unanimité pour répondre que la cuti-réaction tuberculinique ne donne jamais d'accidents et que c'est une petite opération insignifiante. Seulement, le problème n'est pas là.

Celui que je soulève est sur la possibilité d'une réactivation, dans les mois qui suivent, de tuberculoses éteintes avec santé parfaite, ainsi que de la sensibilisation au bacille de Koch, d'organismes vierges. Le problème est d'importance, *bien qu'il n'ait jusqu'ici jamais été posé.*

Une observation de tuberculose expérimentale chez le cheval, communiquée le 17 janvier dernier à l'Académie de Médecine par Gabriel Petit et Kioury, contient le passage suivant : « Au 60e jour, il est constaté « un foyer compact à la base droite, avec jetage muco- « purulent riche en bacilles de Koch. Un peu plus tard, « une cuti-réaction fortement positive déclencha une « violente réaction générale et locale ».

Ce seul fait prouve que la cuti-réaction tuberculinique peut avoir une action activante sur les lésions tuberculeuses. Et il ne suffit pas de dire que c'est une exception qui confirme la règle, cette formule ne pouvant avoir la moindre prétention logique ni scientifique.

Biologiquement, la tuberculine est une toxine sensibilisante dont l'activité agressive sur nos cellules prépare leur colonisation par le bacille de Koch. Si cette substance était détruite avant toute lésion cellulaire, le bacille de Koch serait un saprophyte inoffensif.

Considérant que la cuti positive signifie sensibilité à la tuberculine, les trois questions suivantes auraient dû se poser depuis longtemps :

1° La cuti-réaction tuberculinique peut-elle augmenter la sensibilité dont témoigne une réaction positive ?

2° Qu'est-ce qui permet de penser que l'organisme ne fera pas bientôt la preuve d'une vulnérabilité provoquée par la cuti-réaction tuberculinique ?

3° Ne peut-elle déclencher une évolution active partant de lésions jusqu'alors tout à fait inactives?

L'emploi de la tuberculine en thérapeutique n'est pas une objection valable. De même que dans les troubles anaphylactiques, le produit nocif s'emploie pour désensibiliser l'organisme, l'usage de la tuberculine se justifie théoriquement pour les mêmes raisons, sans que ce puisse être un démenti de sa qualité sensibilisatrice première.

Ces problèmes ont donc le droit d'être posés et résolus autrement que par un haussement d'épaules.

Si personne jusqu'ici n'y a songé, c'est que les dogmes officiels ne le permettaient pas. L'hypothèse consacrée que la cuti positive est un témoignage d'allergie, c'est-à-dire de défense effective contre le bacille de Koch, ne permettait pas de supposer qu'elle puisse offrir des dangers. Jamais le fait de bacilloses débutant dans les mois qui suivent, n'a éveillé la moindre crainte, le moindre soupçon. Cela semblait la chose du monde la plus naturelle, et l'on se félicitait d'être ainsi mis à même de vérifier des débuts de tuberculose évolutive.

Jamais les travaux concernant l'anaphylaxie n'ont amené un phtisiologue à saisir l'analogie et soupçonner que la cuti puisse être sensibilisante, capable de réveiller des lésions latentes, capable de rendre les organismes vierges vulnérables.

Cela tient aussi à ce que beaucoup de terrains humains se défendent bien contre la sensibilisation et l'infection, notamment entre les âges de 5 et 15 ans. Par suite, le nombre des cas évoluant après la cuti-réaction tuberculinique n'était pas assez important pour éveiller l'attention, surtout chez les observateurs qui avaient, à priori, une conviction inverse.

On s'est d'ailleurs, pour les mêmes raisons dogmatiques, abusé sur les services que rendrait la cuti-réaction tuberculinique. *Ce qui compte positivement, c'est l'examen clinique aidé de la radio, et la surveillance ultérieure.* Car cuti positive ou négative, il faut tout surveiller, radioscoper, examiner, les uns parce qu'ils sont imprégnés du bacille de Koch, les autres parce que, n'ayant pas d'allergie, ils sont exposés aux conséquences redoutables de la primo-infection (dogme officiel).

Alors à quoi sert la cuti? Puisque, seules, la clinique, la radio et la surveillance donnent des bases positives d'observations, d'études et de thérapeutique.

Maintenant, pour finir cet exposé, je rapporte textuellement trois séries de faits puisés dans un article de *La Presse Médicale*, n° 47, signé E. Arnould, « Le début de la tuberculose chez l'adulte », d'après les travaux du Professeur Braeuning, de Stettin, et ceux de Malmros et Hedwall, de l'Université de Lund.

1° Les recherches de Braeuning ont porté sur une série d'adultes, à cuti positive, depuis un temps indéterminé, en bonne santé, avec radiographie normale, chez qui, dans le cours de l'année suivante, une seconde radiographie montra des modifications pathologiques.

2° Des auteurs suédois : 47 étudiants ou infirmières, âgés la plupart de 21 à 22 ans, chez qui une injection intra-cutanée de 1 milligramme de tuberculine donna une cuti négative avec radiographie normale, ont présenté, après un intervalle de quatre à dix mois, une cuti positive et des manifestations tuberculeuses, soit extra-pulmonaires, soit pulmonaires, précisées par radiographies.

3° Des mêmes auteurs : 43 étudiants ou infirmières en état d'allergie, depuis un temps indéterminé, avec *radiographie normale*, ont montré à une seconde radio prise neuf et douze mois après, environ, des modifications pathologiques.

Donc, dans tous les cas, l'imprégnation par la tuberculine positive ou négative, a été suivie, quatre à douze mois après en général, d'évolution tuberculeuse chez des jeunes gens et des adultes jusqu'alors en parfaite santé.

Comment pourrait-on affirmer que ces tuberculoses débutantes ont été l'œuvre du hasard seul, et que l'imprégnation tuberculinique n'y est pour rien? La question ne saurait être tranchée que par des études et observations réitérées, la surveillance clinique et radiologique de catégories de sujets indemnes de toute cuti-réaction tuberculinique permettant la comparaison avec d'autres séries, soumises précédemment à la cuti-réaction, cette comparaison étant seule capable de résoudre la question.

En passant, il faut noter que :

1° Ces cutis n'ont été d'aucune utilité; leur discordance le prouve. Seuls l'examen clinique et la radio ont été une base et un repère solide.

2° Il y a là un démenti formel à la prétendue puissance immunisante de l'allergie. Car c'est le groupe à cuti négative qui a présenté la meilleure défense, la moitié ayant eu des tuberculoses locales, tandis que les allergiques ont tous fait des lésions pulmonaires.

Ces faits confirment mes travaux antérieurs : *L'allergie devant la statistique*, de 1929, et *Sensibilisation, paradoxe de l'immunité*, d'octobre 1937, et donnent un démenti absolu aux dogmes officiels.

Conclusion. — La cuti-réaction tuberculinique n'étant ni spécifique, ni constante, ni certainement inoffensive, demande une nouvelle étude impartiale et objective. D'ailleurs, son emploi étant sans utilité réelle, ne saurait être rendue obligatoire.

On peut tuer ton enfant, par le Dr Paul Chavanon, avec une préface du Dr Pierre Coignet, un vol. de 89 pages, prix : 15 fr. Aux Editions Médicis, 7, rue Alphonse-Penaud, à Paris (20e), 1938.

Hématologie du praticien, tome II : *Les maladies des globules rouges* (2e partie), *Les anémies et leur traitement.* Un vol. de 279 pages chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1939.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 juin 1939

Anémie grave aiguë avec atteinte rénale consécutive à l'absorption d'étain et de plomb métallique. — MM. Laporte, Meyer et Bousser. — Malade qui, dans un but thérapeutique, pour lutter contre une furonculose, absorba de l'étain métallique rapé sur une rape de cuisine à la dose de 2 cuillerées à café par jour. A cet étain était incorporé une dose notable de plomb. Survinrent brutalement des accidents graves, constitués surtout par une anémie aiguë. Les hématies ponctuées faisaient défaut comme aux cas d'intoxications saturnines aiguës.

Un cas de méningite à pneumocoques, traitée par le 693 et ayant évolué vers la mort. — Mme Bertrand-Fontaine et M. Schneider.

A propos de certaines actions hypertensives. — MM. Loeper et Cottet estiment que souvent l'hypertension résulte de l'élaboration de substances hypertensives circulant dans le sang. Ces substances seraient apparentées à la tyramine, qui d'ailleurs ne serait pas seule en cause. Les auteurs pensent que par la sulfo-conjugaison, on pourrait arriver à neutraliser l'action hypertensive de la tyramine. Les injections intra-veineuses d'hyposulfite de soude produisent un abaissement constant de la pression dans les cas d'hypertension banale, s'il n'y a pas de lésion rénale concomitante.

Un cas de béribéri traité par la vitamine B. — MM. Chabrol, Cachin et Blanchard.

Sur la valeur diagnostique et pronostique du taux de l'hémovitamine A au cours des hépatites. — MM. Chevallier, Olmer et Vague (Marseille). — Le rôle joué par le foie dans le métabolisme de la vitamine A rendait utile la recherche des répercussions que peut avoir une altération de la cellule hépatique sur la teneur du sang en hémovitamine A. Le dosage a été effectué par la méthode de Chevallier et Choron. Dans les cirrhoses évolutives, la vitamine A tend à disparaître complètement dans le sang en même temps que disparaît la réserve hépatique. Dans les cirrhoses qui évoluent favorablement, la teneur du sang en vitamine A augmente progressivement.

Recherches cliniques, radiographiques et biologiques sur un cas d'osteomalacie. — MM. Bethoux, Françon, Tixier et Gerbay.

Sarcomatose cervico-médiastinale avec leucémie aiguë. — MM. Biard, Perrin, Horveno (Nantes).

Séance du 9 juin 1939

Extraits hépatiques injectables à forte concentration dans le traitement des manifestations de l'insuffisance fonctionnelle du foie. — M. Meersseman.

Myasthénie avec tumeur du thymus. — Mort brutale au cours d'une crise dyspnéique. — MM. Duvoir, Pollet, Gaultier et Chénebault.

Méningite à pneumocoques et traitement par les sulfamides. — MM. Celice et Soalhat.

Les groupes sanguins dans la syphilis congénitale. — M. Hissard.

Tabès avec lésions ostéo-articulaires rappelant le rhumatisme chronique déformant. — MM. Clerc, Macrez et Souillard. — Observation d'un tabétique atteint de lésions ostéo-articulaires digitales et vertébrales évoquant par leur aspect et leur topographie, le rhumatisme chronique déformant.

Dosage pondéral du fibrinogène sanguin dans les affections hépato-biliaires. — Sa valeur clinique et ses rapports avec les variations des albumines du sang. — MM. Lian, Focquet, Sassier et Schapira.

Syndrome thomsenien et syndrome myxœdémateux associés. — MM. Garcin et Rouquès.

Séance du 16 juin 1939

Fistule biliaire prolongée. — Etude biologique. — MM. Decourt, Guillaumin, Tardieu et Verne. — Homme de 62 ans chez qui une cholécystostomie a été pratiquée à la suite d'accès fébriles intermittents et espacés, en rapport avec l'élimination de boue biliaire sans lithiase. Décès 14 mois après intervention à la suite d'accidents attribuables à la dérivation du cours de la bile hors de l'intestin. Ces accidents ont été caractérisés par l'amaigrissement, l'ostéoporose douloureuse, une anémie profonde et un syndrome hémorrhagique.

Anurie prolongée survenue brutalement chez un ancien néphrectomisé après une injection épidurale de scurocaïne, guérie par décapsulation du rein restant. — MM. Doumer, Delannoy et Huriez. — Homme de 40 ans néphrectomisé pour tuberculose du rein droit chez qui une anurie totale s'installa à la suite d'une injection épidurale de scurocaïne. Avant l'anurie, on nota dans la fosse lombaire gauche une tuméfaction progressivement importante. La décapsulation de l'autre rein fut suivie du rétablissement de la sécrétion urinaire et la guérison s'avéra complète. Les auteurs attribuent l'infiltration de la fosse lombaire à des réactions vasomotrices réflexes provoquées par l'injection.

Deux cas de syndrome d'Aran-Duchenne chez les saturnins. — MM. Duvoir, Descourt et Gaultier ont observé deux cas d'amyotrophie type Aran-Duchenne avec association de paralysie des extenseurs chez des saturnins. Ils estiment que, en se ralliant à la conception médullaire des paralysés saturnins, le plomb est susceptible de déterminer des lésions des cornes antérieures. Entre un syndrome et la maladie d'Aran-Duchenne, la base clinique réside dans l'évolution; après suppression de l'agent nocif, la lésion de nature toxique rétrocéderait.

Obésité rebelle avec hypoménorrhée traitée avec succès par la radiothérapie hypophysaire. — MM. Flandin, Poumeau-Delille, Guillemin et Thorel. — Malade atteinte d'obésite progressivement croissante depuis plusieurs années (150 kilog). On notait en même temps une aménorrhée complète. La radiothérapie hypophysaire lui à fait perdre 47 kilog., en même temps que réapparurent les règles. Les auteurs envisagent l'influence frénatrice des rayons sur les éléments basophiles de l'hypophyse.

Etude clinique, électrique et humorale d'un syndrome endocrino-musculaire d'hypothyroïdie. — Modification de la cholinesterase sanguine. — MM. Haguenau, Lefebvre et Kaufmann. — Observation d'hypothyroïdie avec troubles musculaires (atrophie thénarienne, hypertrophie soléaire, galvanotonus généralisé)) d'évolution solidaire. Heureux résultats de l'opothérapie thyroïdienne, sur les caractères biologiques du syndrome.

Erythème polymorphe cutanéo-muqueux à type d'hydroa, chez un tuberculeux après section de bride. — MM. Beuda, et Hatlender. — Cette manifestation cutanée apparue 4 jours après section de bride et s'accompagna d'une bactériénice pneumo-coccique transitoire. L'observation fait à nouveau revivre la discussion connue et si souvent soulevée à propos de la nature de l'érythème polymorphe, sans qu'il soit possible de conclure et d'incriminer le rôle déclen-

chant d'un microbe associé (pneumocoque) sur la production d'un érythème polymorphe tuberculeux, plutôt que l'action favorisante de la tuberculose vis-à-vis d'un érythème polymorphe pneumococcique.

Injection intra-articulaire dans le traitement de la coxarthrie. — MM. Coste et Morin exposent les résultats obtenus par eux par injection articulaire de solutions anesthésiques concentrées et d'histamine chez les coxarthriques. On note le soulagement de la douleur, et une diminution de la raideur et de la contracture. La ponction articulaire révèle assez souvent une hydarthrose insoupçonnée ou, du moins, une quantité accrue du liquide synovial, sans réaction cytologique notable.

Lèpre autochtone bretonne, maladie de Morvan ou syringomyelie. — MM. Lafferre et Rouanet (Brest).

Substances vaso-constrictives humorales chez les hypertendus artériels. — MM. Riser, Planques et Dardenne ayant poursuivi des recherches sur les extraits alcooliques de sang et d'urines d'hypertendu artériel, n'ont pu mettre en évidence une différence appréciable et constante, suivant que ces extraits provenaient des divers groupes d'hypertendus que différencie la clinique. Il en résulte que la présence dans le sang et les urines de substances vaso-constrictives spécifiques chez les hypertendus artériels est toujours hypothétique.

PRATIQUE MÉDICALE

Deux observations intéressantes :

1° Ulcère de la petite courbure traité par la laristine

par le docteur Carton, de Flixécourt

2° Laristine et psoriasis

par le docteur Chaubart, d'Origny-Sainte-Benoîte (1)

La première observation concerne un malade atteint de tuberculose pulmonaire et en même temps d'ulcère de la petite courbure chez qui une série de 25 ampoules de laristine a donné une amélioration très considérable, en imposant pour une guérison, du moins passagère.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un début d'ulcère gastro-duodénal traité avec succès par la laristine et chez qui l'auteur a constaté, chose curieuse, que tandis que l'estomac se cicatrisait peu à peu jusqu'à ne plus présenter aucun symptôme de douleur, ce qui est tout à fait normal avec la laristine, un psoriasis très ancien s'effaçait progressivement et disparaissait même à la fin du traitement de l'ulcère gastro-duodénal.

Ce qui constitue l'intérêt primordial de la thérapeutique par la laristine, c'est son action manifeste sur le rythme et l'intensité des poussées ulcéreuses. Cette modification évolutive constitue un critérium relativement facile à mettre en évidence chez les malades qui avaient des crises fréquentes, parfois subintrantes depuis de longs mois et qui voient ces crises disparaître progressivement à partir du moment où ils sont régulièrement et périodiquement traités par la laristine.

On ne saurait trop rappeler, par conséquent, qu'il serait imprudent de demander à une seule cure d'histidine un effet définitif et qu'il convient d'administrer aux ulcéreux des cures d'entretien plus ou moins espacées selon le malade et sans attendre le retour offensif de la maladie. C'est à cette condition, et à cette condition seulement, qu'on permettra à la thérapeutique laristinée de donner son plein rendement et de rester, par conséquent, le médicament de base de l'ulcère gastro-duodénal.

(1) *Concours Médical*, Paris, n° 37, septembre 1938.

CONGRÈS

LE Xe CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES

(Washington, 5-15 mai 1939) (1)

La sixième question à l'ordre du jour était relative à « *la spécialisation technique des officiers d'administration du Service de Santé* ». Elle fut rapportée par les majors médecins Guillermo Suarez, Torres et Abelardo Leal Rodriguez (Mexique), ainsi que par le lieutenant-colonel George C. Dunham et le major Earle Standlee (Etats-Unis).

L'exposé de ces rapports a donné lieu aux conclusions suivantes, qui ont été adoptées par le Congrès :

1° La spécialisation technique des officiers d'administration du Service de Santé apparaît indispensable pour obtenir le meilleur rendement dans l'exécution du service.

2° L'administration des grandes formations sanitaires, telles que les hôpitaux militaires, etc., etc., doit être confiée aux médecins militaires mêmes.

3° La mission du personnel d'administration du Service de Santé en campagne est telle qu'on doit insister particulièrement sur son importance dans les programmes d'instruction.

La dernière question concernait : « *L'oxygénothérapie et son emploi pratique dans les troupes de campagne* ». Elle avait été confiée au lieutenant-colonel Charles K. Berle et au premier lieutenant W. R. Lovelace (Etats-Unis).

Après les rapporteurs, le médecin lieutenant-colonel Codvelle, les médecins en chef de 1re classe Goett et Hederer prirent successivement la parole. Les conclusions suivantes furent ensuite agréées :

1° L'oxygénothérapie a une valeur indiscutable en médecine et en chirurgie militaires, ainsi que dans les services médicaux de l'air.

2° En médecine militaire, elle trouve son emploi dans la pneumonie, l'influenza, chez les gazés suffocants et dans d'autres cas d'affections respiratoires.

3° En chirurgie militaire, elle est utilisée dans le traitement du shock et des complications pulmonaires post-opératoires.

4° Dans l'aviation, l'oxygénothérapie est employée pour lutter contre l'anoxémie.

5° L'appareil de Boothby est recommandé pour administrer de l'oxygène, en raison de l'économie qu'il permet de réaliser, aussi bien à l'hôpital qu'en avion.

6° En période d'opérations, les difficultés de transport dues au poids de l'oxygène et des bouteilles, obligent à renoncer aux bénéfices les plus intéressants de l'oxygénothérapie.

7° En prévision des fortes consommations d'oxygène en temps de guerre, les Services de Santé des armées de terre, de l'air et de la marine doivent se préoccuper d'assurer, dès le temps de paix, à la fois la fabrication du gaz et celle des bouteilles nécessaires.

Les travaux du Xe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires ont apporté une contribution importante à la documentation internationale médico-

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 64-65.

militaire. En les clôturant, le Congrès a procédé au choix des questions à traiter en 1941, à l'occasion du XIe Congrès. Les questions adoptées ont été les suivantes :

1° « Le traitement initial et les appareils de transport des fractures des membres inférieurs en temps de guerre ».
Rapporteurs : Grande-Bretagne, Brésil, Suisse.

2° « L'intoxication par les gaz de la poudre au cours du combat naval ».
Rapporteurs : Allemagne, France.

3° « Le rôle du Service de Santé militaire dans l'assistance médico-sociale aux populations indigènes des territoires coloniaux ».
Rapporteurs : France, Pays-Bas, Italie.

4° « La protection des membres du personnel aérien contre les effets nocifs des accélérations et, en particulier, des accélérations angulaires ».
Rapporteurs : Italie, Suisse.

5° « Les médicaments comprimés employés en médecine militaire ; leur appréciation, méthodes d'analyse et de dosage des principes actifs ».
Rapporteurs : Roumanie, Suisse.

6° « Les fonctions éventuelles du dentiste militaire en période d'activité intensive dans la zone de l'avant et jusqu'aux formations de Corps d'armée exclusivement ».
Rapporteurs : Japon, Suisse.

7° « Le Service social et l'assistance morale à l'hôpital militaire. Occupation des loisirs ; assistance individuelle et familiale ».
Rapporteurs : Etats-Unis, Suisse.

En réponse à la gracieuse invitation du Gouvernement suisse, il a été décidé que le XIe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires aurait lieu à Berne en 1941.

*
**

Le Xe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires a été suivi de la IXe Session de Conférences du Comité international de Médecine militaire, qui se déroula successivement à Washington et à New-York du 15 au 20 mai 1939.

Voici la liste des communications présentées :

1° « Diagnostic et appréciation de certaines affections douteuses du cœur lors de l'examen du médecin militaire », par l'oberfeldartz Hartleben (Allemagne).

2° « L'organisation du Service de la Santé publique de Roumanie et ses rapports avec le Service de Santé de l'armée », par le médecin inspecteur général Iliesco (Roumanie).

3° « L'activité des médecins militaires aux différents Congrès internationaux de Médecine et de Pharmacie militaires », par le captan William Seaman Bainbridge (Etats-Unis).

4° « Questions d'ordre chimico-pharmaceutique et d'hygiène traitées dans les différents Congrès internationaux de Médecine et de Pharmacie militaires », par le colonel pharmacien Thomann (Suisse).

5° « A propos de l'alimentation en eau des troupes en campagne et de l'organisation du Service des Eaux », par le médecin colonel Des Cilleuls (France).

6° « L'organisation de la médecine aéronautique en Allemagne et les enseignements qui en découlent », par l'oberfeldartz Wurfler (Allemagne).

7° « Le désencombrement des hôpitaux militaires en temps de paix », par le médecin général inspecteur Rouviditch (Yougoslavie).

8° « Les enseignements médicaux de la guerre d'Indépendance turque de 1921 », par le Dr Emin Erkal (Turquie).

9° « Les avitaminoses et l'alimentation des troupes en campagne, par le médecin lieutenant-colonel Codvelle (France).

10° « La vie à bord des sous-marins et le rôle des médecins de marine servant sur ces bâtiments », par le captain E. W. Brown (Etats-Unis).

11° « Le broncho-cathétérisme et son utilité pour le diagnostic différentiel des diverses pneumopathies « (avec film), par le capitaine médecin Perez Ara (Cuba).

Par ailleurs, le Dr Enrique Penedo (Guatemala) a présenté une nouvelle aiguille chirurgicale et le capitaine médecin Perez Ara (Cuba) a fait passer un film très intéressant sur l'hôpital militaire de Cuba.

*
**

Comme tous les Congrès précédents, le Xe Congrès international de Médecine et de Pharmacie militaires comportait diverses réceptions et visites. Parmi ces dernières, mention particulière doit être faite des visites à l'Académie navale des Etats-Unis à Annapolis, de l'Académie militaire à West-Point, de l'Ecole du Service de Santé militaire en campagne à Carlisle Barracks et du Centre médical de l'armée à Washington.

Partout, les Congressistes ont reçu l'accueil le plus cordial. Ils garderont de leur séjour aux Etats-Unis le meilleur souvenir.

Jean DES CILLEULS.

Association de la Presse Médicale française.

LIVRES NOUVEAUX

La ponction sternale procédé de diagnostic cytologique, par P.-E. WEIL et Suzanne PERLES. Paris, Masson, 1938.

Cette étude qui, à certains égards, fait suite à celle qu'ont déja publiée les auteurs sur la ponction splénique et la complète très heureusement est conçue intentionnellement sur le même plan. Indications techniques dont l'importance est grande pour permettre une lecture aisée des préparations, étude de la moelle osseuse normale, étude des divers aspects de la moelle osseuse altérée : leucémies, tumeurs de la moelle osseuse, anémies, polyglobulies, érythroblastoses, maladies infectieuses, modifications hépatiques, spléniques, ganglionnaires. Les auteurs y montrent, en s'appuyant sur de très nombreuses figures en noir ou en couleur, l'intérêt que, même isolée, présente la ponction sternale pour l'établissement d'un diagnostic correct et surtout d'un diagnostic précoce et son intérêt aussi pour la critique des conceptions théoriques.

L'intérêt d'une telle méthode est augmenté encore par la pratique des ponctions couplées (étude comparative avec la formule sanguine, mais surtout avec le résultat des ponctions de la rate et éventuellement du foie ou d'un ganglion).

Il s'agit donc ici d'une méthode d'ensemble, hautement originale et qui a, d'ores et déjà, à tel point fait ses preuves que son influence sur les conceptions cliniques et l'orientation de la thérapeutique ne doit pas être mésestimée.

Une très importante bibliographie complète cette étude sobre et substantielle.

L. B.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 67. — MERCREDI 23 AOUT 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

La Cholestérolémie des déments précoces, par MM. TOYE et RUFF.

Actualités.

L'Electroencéphalographie chez le sujet normal, par M. R. LEVENT.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Société Médicale des Hôpitaux.

Livres nouveaux.

Pratique Médicale.

Notes pour l'Internat.

Fractures de la diaphyse fémorale au 1/3 moyen de l'adulte (fin), par M. E. SAYOUS.

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques. — M. le docteur Edert, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques en 1938, est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le docteur Beaujard, affecté à l'hôpital psychiatrique du Vinatier.

M. le docteur Bergeron, reçu au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques, en 1938, a été nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le docteur Tusques, affecté à l'hôpital psychiatrique de Blois.

Hospices civils de Rouen. — Un concours pour la nomination d'un médecin stomatologiste adjoint dans les hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 7 décembre 1939, à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Se faire inscrire au Secrétariat des Hospices Civils, 1, rue de Germont, à Rouen.

Faculté de Médecine de Lille. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Vanverts, professeur de clinique chirurgicale infantile, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. Aimes, agrégé, chargé de cours sans limite de temps, est nommé professeur sans chaire.

Légion d'honneur. — ÉDUCATION NATIONALE. — *Commandeur* : M. André Mayer, professeur au Collège de France ; *Officier* : Dr Chiray, professeur à la Faculté de Médecine de Paris ; *Chevalier* : Dr Colombe, Conservateur du Palais des Papes à Avignon.

DIRECTION DES SPORTS, LOISIRS ET ÉDUCATION PHYSIQUE. — *Chevalier* : Dr Bellocq, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

AGRICULTURE. — *Officier* : le professeur Maignon, à l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort.

Distinctions honorifiques. — MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET DES SPORTS :

Or : M. Escobar, Président de l'Association Football (Argentine) ; M. Aranha, Président de la Confédération Brasileira Desportos (Brésil) ; M. Teixeira de Lemos, Vice-Président de la Confédération Brasileira Desportos (Brésil) ; M. Negreiros de Barros, Secrétaire de la Confédération Brasileira Desportos (Brésil).

Argent : M. Caceres-Alvarez, Directeur général de l'E. P. du Pérou ; M. le Médecin de 2e classe Marjou (de Lorient).

Bronze : M. le Médecin-Capitaine Guiguet ; M. le Médecin de 2e classe de la Marine, Le Calvez.

Lettre de félicitations : M. Hallé (Douai).

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES.

Médaille d'or (à titre posthume) : M. Perrin (Georges), médecin lieutenant, 32e bataillon de mitrailleurs indochinois à Carcassonne, adjoint au directeur du S. E. des forces supplétives (hôpitaux de Perpignan) (Pyrénées-Orientales).

Médaille d'or : Mlle le docteur Herr (Annette), collaboratrice du professeur Brumpt à l'institut de parasitologie de la faculté de médecine de Paris.

Médaille de vermeil : Mlle Condat (Marthe), professeur de clinique médicale infantile à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (Haute-Garonne) ; Mlle Frey (Julia), aide-technique au laboratoire de parasitologie de la faculté de médecine de Paris ; M. Lavergne (Henri), chef de laboratoire de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu à Paris (Seine) ; M. Gendron (Maximilien), interne à l'hôpital Sadiki à Tunis.

Médaille d'argent : M. le professeur Damade (René), médecin-chef du service des contagieux à l'hôpital Pellegrin, à Bordeaux (Gironde) ; M. le docteur Roy (Fernand), médecin-chef de la pouponnière à l'Hôtel-Dieu de Blois (Loir-et-Cher) ; M. Gourion (Henri), externe à l'hospice de Bicêtre (Seine) ; M. le docteur Giraud (Pierre), médecin à Paris (Seine) ; Mlle Marcland (Josette), étudiante en médecine, à Limoges (Haute-Vienne) ; M. le docteur Nicod (Robert), médecin-chef du service de l'hygiène scolaire à Casablanca (Maroc) ; M. le docteur Dauvergne (Marcel), médecin-chef de l'infirmerie indigène de Martimprey (Maroc) ; M. le docteur Chatel (Roger), médecin-chef de l'infirmerie indigène des Foum-Zguid (Maroc) ; M. le docteur Le Meur (Raymond), médecin-chef de l'infirmerie indigène de Foum-el-Hassan (Maroc) ; M. Slim Mahmoud, docteur en médecine, interne à l'hôpital Ernest-Conseil à Tunis (Tunisie) ; M. Mattera (Jean), préparateur à l'institut Pasteur de Tunis (Tunisie) ; M. Provost (Pierre), préparateur à l'institut Pasteur de Paris, détaché en mission à l'institut Pasteur de Tunis (Tunisie).

Médaille de bronze : Mlle le docteur Schneider (Hélène), médecin à Saint-Ambroix (Gard) ; M. le docteur Lasserre (Jean), médecin phtisiologue adjoint des hôpitaux de Toulouse (Haute-Garonne) ; M. le docteur Lafage (Gustave), médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Toulouse (Haute-Garonne); M. Seigle (Lucien), interne provisoire des hôpitaux civils de la Tronche (Isère) ; M. le docteur Mallet (Marius), médecin-inspecteur des écoles de la ville de Saint-Nazaire (Loire-Inférieure) ; M. Bens (Albert), interne, titulaire à l'hôpital Saint-Jean à Perpignan (Pyrénées-Orientales) ; M. le docteur Belloir (Fernand), médecin à Haute-Rivoire (Rhône) ; M. Darricau (Jean-Marie), externe à l'hôpital Laënnec (Seine) ; M. Denis (Jean), externe à l'hôpital Claude-Bernard (Seine) ; M. Gueraud (Louis), externe à l'hôpital Claude-Bernard (Seine) ; M. Trotot (Raymond), interne à l'hôpital Claude-Bernard (Seine) ; Mlle Gravejat (Emilienne), médecin de l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise) ; M. Meyer (Charles), interne titulaire à l'hôpital mixte de Melun (Seine-et-Marne) ; M. le docteur Minot (Maurice), médecin à Amiens (Somme) ; M. le docteur Carton (Jean), interne à l'Hôtel-Dieu d'Amiens (Somme).

Guerre. — M. le Médecin général des troupes coloniales Pezet, est placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales.

ACTIVE. — Les médecins capitaines ci-dessous désignés, nommés assistants des hôpitaux militaires, par décision du 27 juillet 1939, reçoivent les affectations suivantes avec la mention « service » :

Section de médecine : M. Blancardi des troupes du Maroc.

Section de chirurgie : M. Cazals, des troupes du Maroc.

ECOLE DU VAL-DE-GRACE. — Liste de classement, par ordre de mérite, des médecins ayant effectué un stage à l'école d'application du service de santé militaire, de décembre 1938 à juillet 1939.

Médecins-lieutenants. — Promotion 1937 :

MM. Ablard, Raymond, Mathieu, Rouffilange, Cier, Merle, Parlange, Peretti, Hébrard, Benois, Piétra, Madon, Bœuf, Dumont, Mounier-Poulat, Le Méhaute, Ferri, Morisot, Grosjean, Bastien, Plan, Cazalas, Debax, Fabre, Foissin, Lutgen, Gombert, Kerjean, Oudol, Domergue, Morin, Lalague, Laussinotte, Tosan, Monfort, Manine, Michel, Chevrou, Vaytet, Receveur, Beaumont, Marcailhou-d'Aymeric, Pech, Durteste, Vigneau, Langeard, Peillard, Mourier, Ménard, Pigorie, Ricaud, Brandel, Lucquin, Cantoni, Gendre, Delalande, Larue de Tournemine, Orvoen, Robert, Tisnes, Courtois, Fauvy, Grimal, Bigorre, Bessière, Lacombe.

L'armée coloniale au Salon de la France d'Outre-Mer. — Sous l'impulsion de M. Georges Mandel, ministre des Colonies, se poursuit la préparation du 2e *Salon de la France d'Outre-Mer*, qui aura lieu au Grand-Palais, du 23 novembre au 10 décembre 1939.

Grâce à la participation très active du Ministère de la Guerre, Direction des Troupes Coloniales, cette exposition de l'Empire Français donnera aux troupes coloniales l'occasion de révéler les différents aspects de leurs activités. A côté des souvenirs émouvants de la conquête figureront toutes les formes de la pénétration pacifique, notamment les travaux publics, les services géographique et géodésique, l'équipement sanitaire, le cadastre, etc...

L'image, la photographie, la statuaire, le costume, les matériels de transport, l'outillage seront mis à contribution et populariseront les glorieuses entreprises de nos chefs coloniaux qui portent au loin les couleurs de la France.

L'armée française paraîtra ainsi fort justement l'élément civilisateur trop souvent ignoré de nos compatriotes eux-mêmes.

Cours de pratique chirurgicale oto-rhino-laryngologique du professeur Georges Portmann, donné à Paris, 6, rue Piccini (XVIe), *du jeudi 19 octobre au mercredi 25 octobre* 1939, avec la collaboration du docteur J. Auzimour, du professeur agrégé Despons et du docteur Paul Leduc.

Ce cours essentiellement pratique comprend des séances opératoires de démonstration. Chaque assistant sera individuellement initié aux détails de la technique chirurgicale et de l'anesthésie.

Ces séances opératoires seront précédées d'un exposé théorique, après examen de malades, accompagné de projections et de films cinématographiques. — Droit d'inscription : 250 francs. Les inscriptions seront reçues chez le professeur G. Portmann, 25 bis, cours de Verdun, à Bordeaux.

Nécrologie. — Le docteur Fernand Versini.

LA CHOLESTÉROLÉMIE DES DÉMENTS PRÉCOCES

(A propos de 38 observations et dosages)

Par MM.

Toye, et Ruff,
médecin chef interne
de l'Hôpital psychiatrique
de Saint-Gemmes-sur-Loire (près Angers)

Le concept de démence précoce traduit des faits si complexes que, malgré l'effort d'objectivité des auteurs, il porte la marque indélébile de leurs tendances théoriques personnelles.

L'analyse minutieuse et approfondie des divers éléments du syndrome aboutit à un morcellement quasi-infini de faits. Chacun peut y prélever, à son gré, les matériaux qui lui conviennent pour édifier ensuite synthétiquement la représentation, plus ou moins schématique, qui lui plait de donner à la maladie.

A vrai dire, la multiplicité et l'hétérogénéité des données cliniques et biologiques rendent extrêmement difficile une vue panoramique « totalitaire » d'un syndrome dont la nosographie et la physiopathologie sont encore ardemment discutées.

Aussi bien, les conceptions des auteurs se heurtent-elles et s'opposent-elles; certains estimant essentiel ou prépondérant ce qui, pour d'autres, n'est que contingent ou accessoire.

Les divers tableaux de la maladie sont, qu'on nous pardonne une comparaison, comme des photographies dont on ne discute pas la réalité objective, mais qui, prises d'emplacements divers avec des perspectives et des éclairages différents, fournissent de l'objet à fixer des aspects, au premier abord, très dissemblables.

Il est assez compréhensible que, pour un non-initié, une conception psychanalytique de la démence précoce semble exprimer une tout autre réalité qu'une conception biologique s'attachant à découvrir des causes infectieuses ou toxiques.

Nous croyons qu'ici, comme ailleurs, la tendance strictement analytique « en profondeur » présente de graves dangers. Mieux vaudrait, pour la compréhension de la maladie, l'acquisition de faits homogènes, comparables les uns aux autres, sur la signification desquels seule une discussion précise serait de mise.

L'amoncellement de données hétéroclites, sur la nature desquelles personne n'est d'accord et qu'on baptise d'une terminologie latitudinaire, ne paraît pas un progrès.

Comme dans le domaine des sciences dites exactes, l'analyse, pour être féconde, doit être aux ordres d'une idée directrice, d'une hypothèse que viennent ensuite confirmer ou infirmer l'observation et l'expérimentation.

Dans ces conditions, la synthèse terminale qui utilisera pour s'enrichir les données ainsi acquises analytiquement possède le maximum d'efficience pratique, c'est-à-dire thérapeutique.

C'est d'accord avec ces principes très succinctement exposés, que nous avons repris, chez les déments précoces, l'étude du cholestérol sanguin.

Des travaux antérieurs ont fixé notre ligne générale de recherches. Nous avons voulu voir, dans l'état habituellement qualifié de démence précoce et caractérisé par le jeune âge du sujet, la fréquence des tares héréditaires et morphopsychologiques, par l'évolution chronique coupée de phases d'excitation, de dépression, de troubles de la série catatonique et par la présence des symptômes assez caractéristiques, tels l'autisme, la discordance, les troubles de l'affectivité; nous avons voulu voir, disons-nous, un syndrome, en rapport fréquent avec une affection tuberculeuse fruste ayant entraîné des désordres métaboliques, responsables d'une auto-intoxication.

Le cholestérol sanguin dont la signification clinique est, à la vérité, assez diverse (voir article du Professeur agrégé Guy Laroche et du Dr Gricault, *Journal Médical Français*, 1937, n° 8, août) paraît jouer un rôle important dans les processus de défense et d'immunité.

En particulier, il semble bien que le cholestérol possède un pouvoir antitoxique important vis-à-vis des poisons tuberculeux ; ce qui a légitimé son emploi thérapeutique dans les infections tuberculeuses.

Il apparaissait donc logique que nous nous intéressions, au premier chef, à l'étude du cholestérol sanguin chez nos malades déments précoces.

Les travaux des auteurs qui se sont occupés de la question sont, ici encore, loin d'être concordants. Cela tient sans doute à la diversité du matériel clinique utilisé.

Wuth cite Pighini, Parhon, Urechia et Popea qui observent une augmentation du cholestérol chez les déments précoces.

Au contraire, Raphaël, Weston et Gibbs virent, dans les états aigus ou terminaux, une diminution du cholestérol. Ornstein, en 1925, étudiant le cholestérol chez les schizophrènes, cite les travaux de Pighini qui avait trouvé de l'hypercholestérolémie dans les formes chroniques et ceux de C. Parhon et M. Parhon, qui trouvèrent, dans 9 cas de démence précoce, des variations entre 1 gr. 20 et 1 gr. 5 pour 1.000. Sur 40 cas personnels de démence précoce, Ornstein trouve dans 17 cas de l'hypercholestérolémie, dans 14 cas de l'hypocholestérolémie et, dans 4 cas, une cholestérolémie normale.

Il insiste sur les faits suivants : l'hypercholestérolémie serait plus fréquente chez les femmes ; chez l'homme, elle s'associerait, le plus souvent, avec la constitution hypercortico-surrénale ; enfin, elle serait plus fréquente dans les cas aigus.

L'auteur en conclut que, dans la majorité des cas de démence précoce chronique et quelquefois malgré l'âge avancé des malades, il y a plutôt de l'hypocholestérolémie et il interprète cette hypocholestérolémie comme due à un déséquilibre endocrinien qui annoncerait une insuffisance de la trophicité générale.

Sternberg, en 1929, trouve chez les déments précoces récents (avant un an) un accroissement du cholestérol sanguin qui peut revenir à la normale pendant les rémissions.

Dans les cas anciens (au moins deux ans), les excités présentaient de l'hypercholestérolémie ; les déprimés, de l'hypocholestérolémie.

Duncan et Glen (1930) trouvent que, chez le dément précoce, comme chez tous les autres malades mentaux, sauf chez les oligophrènes, il y a augmentation du cholestérol sanguin.

Dans le même groupe de maladies mentales, les malades, présentant des signes démentiels plus importants, présentaient une cholestérolémie moins élevée.

Gérundo (1931) trouve chez les schizophrènes une cholestérolémie normale.

Par contre, Schaw et Scharpe trouvent toujours l'hypocholestérolémie. Looney et Schilds (1933), dosant le cholestérol chez 50 déments précoces, trouvent une moyenne de 1 gr. 46 dans la première phase de la maladie ; de 1 gr. 61, dans la seconde phase et 1 gr. 66 dans la troisième phase.

Ils n'ont pas pu établir des relations entre le taux de cette substance et le métabolisme ou l'état affectif des malades.

La moyenne des sujets sains a été de 1 gr. 75.

Brice (1935) entreprend, sur 62 malades, une étude plus approfondie des graisses du sang. Il étudie l'indice iodique, les acides gras totaux et le cholestérol.

25 sujets sains servaient de contrôle. Les résultats, confirmant en partie ceux de Stenberg, ont été les suivants :

1° Diminution des acides gras et du cholestérol ;

2° Le degré de saturation et l'utilisation des acides est en étroite liaison avec les phénomènes moteurs ;

3° Les variations du cholestérol sanguin et de l'indice iodique sont en liaison avec l'état émotionnel ;

4° L'abaissement le plus marqué des graisses sanguines se rencontre dans les formes apathiques et stuporeuses de la schizophrénie ;

5° L'indice iodique des graisses hématiques est très augmenté chez les schizophrènes, excepté les paranoïdes.

Brice pense que le dosage du cholestérol des déments précoces, dans le sang, peut donner « des indications sur le degré de l'activité somatonerveuse et psychospirituelle ».

Canziani (1935) trouve, dans presque tous les cas de démence précoce, une diminution, le plus souvent appréciable, de la cholestérolémie.

Pour expliquer ce fait, il envisage le rôle de la constitution et du système réticulo-endothélial. Il croit que l'hypocholestérolémie indique un facteur toxique ou infectieux dans la genèse de la démence précoce.

Tomesco, Cosmulesco et Mlle Serban (1938) ont dosé chez 59 déments précoces (38 hommes et 21 femmes) la cholestérolémie à jeûn. Chez 19 de ces malades (8 hommes et 11 femmes), 3 dosages au cours de la même matinée (7 heures, 10 heures et 13 heures), ont été effectués, les malades restant à jeûn, au repos et ne prenant aucune médication.

Dans 30 cas (26 hommes et 4 femmes), la cholestérolémie était diminuée ; dans 15 cas (8 hommes et 7 femmes), elle était augmentée. Les variations du taux de cholestérol, dans la matinée, restent, dans la moitié des cas, inférieures à 0 gr. 30 ; malgré tout elles doivent être prises en considération.

Tomesco, Cosmulesco et Mlle Serban estiment que les schizophrènes hommes (30 sur 38 malades) présentent une hypocholestérolémie.

Au contraire, chez les femmes, il y aurait plutôt de l'hypercholestérolémie (10 cas sur 21 malades).

Pour ces auteurs, les variations du cholestérol sanguin, notamment l'hypercholestérolémie des hommes schizophrènes, sont dues à des facteurs différents d'un individu à l'autre, qu'il reste à préciser dans chaque cas, en particulier.

C'est en partageant cette opinion, que nous avons étudié la cholestérolémie chez 38 déments précoces hommes.

Nous avons procédé à l'inventaire psychobiologique le plus minutieux chez nos malades et nous nous excusons de ne pouvoir donner ici que l'essentiel des schémas résumés.

Les dosages ont été effectués par les laboratoires de l'Ecole de Médecine d'Angers et nous exprimons toute notre gratitude, de ce fait, à MM. Papin et Rouessé.

Formes simples

Observ. I. — Antécédents psychopathiques familiaux.
Pneumopathie suspecte il y a cinq ans.
Examens biologiques et somatiques négatifs. *Taux 1 gr. 50.*

Observ. II. — Bronchites fréquentes.
Examens biologiques et somatiques négatifs. *Taux 1 gr. 50.*

Observ. III et IV. — Sans particularité importante. *Taux 1 gr. 40 et 1 gr. 50.*

Formes hébéphréno-catatoniques

Observ. V. — Etiologie : maladie de Bouillaud ; insuffisance mitrale et néphrite aiguë. *Taux 1 gr. 90.*

Observ. VI. — Sans particularités. *Taux 1 gr. 50.*

Observ. VII. — Bacillose pulmonaire fibreuse. *Taux 1 gr. 80.*

Observ. VIII. — Antécédents familiaux. Examens somato-biologiques négatifs. *Taux 1 gr. 15.*

Observ. IX. — Etiologie traumatique (?). Meinicke + moyen dans le sang. *Taux 1 gr. 50.*

Observ. X. — Crises convulsives dans l'enfance. *Taux 1 gr. 80.*

Observ. XI. — *Taux 1 gr. 60.*

Observ. XII. — Antécédents bacillaires. Meinicke + moyen dans le sang. *Taux 1 gr. 50.*

Observ. *XIII et XIV. — Taux 1 gr 70 et 1 gr. 50.*

Observ. XV. — Antécédents héréditaires.
Obésité. *Taux 2 gr. 70.*

Observ. XVI. — Antécédents familiaux. *Taux 1 gr. 50.*

Observ. XVII. — Antécédents familiaux. *Taux 1 gr. 80.*

FORMES PARANOÏDES

OBSERV. XVIII. — *Taux 1 gr. 65.*

OBSERV. XIX. — Kahn + faible dans le sang. *Taux 1 gr. 80.*

OBERV. XX. — Sans particularité. *Taux 1 gr. 50.*

OBSERV. XXI. — Sans particularités. *Taux 1 gr. 50.*

OBSERV. XXII. — Sans particularités. *Taux 1 gr. 50.*

OBSERV. XXIII. — Antécédents bacillaires. *Taux 2 gr. 40.*

OBSERV. XXIV. — Antécédents psychopathiques familiaux. Convulsions dans l'enfance. *Taux 1 gr. 50.*

OBSERV. XXV. — Antécédents familiaux psychopathiques. *Taux 1 gr. 50.*

OBSERV. XXVI. — Wassermann + dans le sang et le L. C. R. (moins de 1 leucocyte par millimètre cube ; sucre 0,56 ; albumine 0,20). *Taux 1 gr. 65.*

OBSERV. XXVII. — *Taux 1 gr. 50.*

OBSERV. XXVIII. — Antécédents psychopathiques familiaux. Kahn douteux dans le sang. *Taux 1 gr. 60.*

OBSERV. XXIX. — Père Σ. Frère et sœur aliénés. *Taux 1 gr. 50.*

OBSERV. XXX. — Père mort d'une hémorragie cérébrale. Mère mélancolique. *Taux 2 gr. 40.*

OBSERV. XXXI. — Crises d'épilepsie typiques de 11 à 15 ans.
Bacillose pulmonaire. *Taux 1 gr. 50.*

OBSERV. XXXII. — Antécédents familiaux psychopathiques. Pleurésie. *Taux 1 gr. 80.*

OBSERV. XXXIII. — Bacillose pulmonaire. *Taux 1 gr. 65.*

OBSERV. XXXIV. — Père Σ. Frère dément précoce.
Takata Ara et benjoin colloïdal positifs dans le L. C. R. *Taux 1 gr. 25.*

OBSERV. XXXV. — Sans particularités. *Taux 1 gr. 07.*

OBSERV. XXXVI. — Sans particularités. *Taux 1 gr. 50.*

OBSERV. XXXVII. — Pleurésie. *Taux 1 gr. 80.*

OBSERV. XXXVIII. — Père présentant du rhumatisme déformant. *Taux 2 gr. 10.*

En résumé, si l'on admet que le taux oscillant autour d'un gramme cinquante (1 gr. 50), représente une moyenne acceptable pour définir le taux normal, il en résulte que :

1° Dans la forme simple, la cholestérolémie nous apparaît comme normale ;

2° Dans la forme hébéphréno-catatonique, sur 13 malades, on constate cinq fois de l'hypercholestérolémie ; deux fois, de l'hypocholestérolémie ; les autres cas semblent normaux.

3° Dans la forme paranoïde, sur 21 cas, dans 9 cas, on trouve de l'hypercholestérolémie ; dans 2 cas, de l'hypocholestérolémie. Les autres cas paraissent normaux.

Donc, à côté des taux normaux qui paraissent fréquents, on rencontre, chez les déments précoces hommes, l'hypercholestérolémie plus souvent que l'hypocholestérolémie.

Malgré la multiplicité des facteurs de l'hypercholestérolémie, celle-ci pourrait être, sans doute, envisagée comme le témoin d'un processus de défense énergique.

En effet, l'examen de nos observations montre que l'hypercholestérolémie, sans relation avec une tare clinique ou biologique décelable, existe chez des sujets présentant un bon état général.

C'est une notion que nous admettons d'autant plus volontiers que, chez d'autres malades mentaux (32 cas, groupant principalement des états maniaco-dépressifs, des arriérations mentales, etc.), nous n'avons guère rencontré de l'hypercholestérolémie qu'en présence d'affection hépato-rénale.

Cette courte étude illustre la difficulté à laquelle on se heurte dans l'étude biologique de la démence précoce.

L'étude, en profondeur, d'un symptôme isolé constitue déjà, en soi, un artefact.

Tout fait est à la vérité connexe à d'autres faits et c'est souvent le mal interpréter que d'étudier ses variations indépendamment des autres concomitants.

L'expérience montre d'ailleurs que l'étude de ce fait arbitrairement isolé, ne permet pas de conclusion nette.

Par exemple, certains auteurs ont affirmé l'hypercholestérolémie, et d'autres ont affirmé l'hypocholestérolémie.

En présence de ces affirmations contradictoires, nous avons cherché à nous faire une opinion personnelle sur cette question. A vrai dire, nos conceptions théoriques et l'intérêt que nous portions au métabolisme du cholestérol, nous y poussaient.

Le problème reste sans solution précise : nous avons fréquemment trouvé des taux élevés et des taux normaux, plus rarement des taux diminués et il nous a paru, qu'assez fréquemment, l'hypercholestérolémie coïncidait avec un bon état général.

Nous ne nous croyons cependant pas autorisés à intégrer ces résultats dans une vue synthétique de la démence précoce.

L'étude de nos observations montre, d'ailleurs, que l'entité démence précoce correspond à des réalités biologiques différentes et que chaque cas pose un problème individuel, étant entendu que l'infection tuberculeuse frustre, génératrice des désordres métaboliques, nous paraît une notion acquise dont les possibilités thérapeutiques restent entières.

Vaccination contre la sénescence, par C. PICADO, avec une préface du Prof. CAULLERY. Un vol. de 240 pages. Prix : 22 fr. A la Librairie E. Le François, à Paris, 1937.

Le traitement des embolies pulmonaires, par Maurice VILLARET. Un vol. grand in-8 de 44 pages. Prix 15 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1938.

Précis de technique radiographique, par P. PORCHER et A. JUQUELIER. Un vol. relié in-8 de 332 pages avec 302 fig. Prix : 150 fr. Chez Gauthier-Villars, à Paris, 1938.

Traitement des anémies graves par le foie, par Ch. AUBERTIN. Un vol. grand in-8 de 88 pages. Prix : 20 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1938.

Etudes radiographiques du poumon tuberculeux : interprétation de radiographies pulmonaires. Un vol. in-4 de 140 pages avec 205 figures. Prix : 45 fr. Chez Amédée Legrand, éditeur à Paris.

ACTUALITÉS

L'ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIE CHEZ LE SUJET NORMAL

Tous les tissus possèdent une activité électrique qui paraît la résultante des activités électriques parcellaires existant dans chaque cellule individuellement, aussi bien dans la cellule végétale que dans la cellule animale. Les recherches expérimentales permettent de considérer qu'il s'agit là d'une propriété fondamentale de la cellule vivante.

Il est seulement plus ou moins malaisé en pratique de mettre cette activité en évidence. A elle seule l'interférence des diverses activités parcellaires enlève au phénomène d'ensemble sa netteté ou son intensité et des artifices expérimentaux délicats sont indispensables pour mettre en évidence ces activités.

On connaît depuis longtemps l'activité électrique du muscle. L'expérience de Galvani, bien interprétée, en est le plus ancien témoignage et c'est, en général, le tissu musculaire qui la montre avec l'intensité et la netteté les plus perceptibles. La pratique et les progrès récents de l'électrocardiographie en témoignent.

Le tissu nerveux dans toutes ses parties, fibres ou centres, possède une activité qui n'est pas moindre, mais qui est plus difficile à mettre en évidence et plus complexe en raison de l'importance du réseau d'association entre les éléments, sans doute.

Les récents progrès d'instrumentation ont facilité l'enregistrement des variations du potentiel électrique.

Dès 1875, le physicien anglais Caton avait noté ces variation au niveau du cortex cérébral, ainsi que les différences d'état électrique entre la surface normale et une surface de section et les variations du courant recueilli lorsque le cortex est en activité.

En 1890, Fleischl von Marlow et Beck avaient fait les mêmes constatations et observé leurs variations en rapport avec certaines modifications provoquées, narcose par exemple.

En 1913, Prawdicz-Neminsky, grâce au galvanomètre à corde, avait obtenu chez le chien des « électrocérébrogrammes ».

Mais c'est seulement en 1929 que Berger, d'Iéna, commença la publication (1) des résultats obtenus chez l'homme au moyen d'une technique qui, depuis cette époque, n'a cessé de s'améliorer et de se simplifier.

Tous les auteurs ont montré l'importance dans le fonctionnement du système nerveux de variations potentielles en apparence au moins minimes, mais qu'une instrumentation appropriée permet d'enregistrer et d'analyser avec une précision déjà assez satisfaisante.

Parmi eux, Kornmüller a cherché à établir que le rapport pouvait exister entre ces variations et les différences structurales des diverses régions du cortex. Il est arrivé ainsi à des conclusions ingénieuses, mais encore discutées par certains spécialistes de ces recherches.

Le principe général de l'électroencéphalographie comprend en premier lieu la mise en évidence, au niveau d'une dérivation électrique convenablement établie et isolée et d'un matériel suffisamment sensible et dépourvu d'inertie, des variations potentielles qui se produisent au sein même des centres nerveux. Leur grandeur est très faible puisqu'elle est de l'ordre du millionième de volt (microvolt = μ V) et nécessite par conséquent un matériel particulièrement sensible.

(1) *Archiv. f. Psychiatrie*, Tome 87, 1929, Sqq.

Ces variations, qu'on enregistre d'habitude par la méthode graphique, doivent être, au moyen même de l'appareillage, purifiées de toutes les autres variations d'autre origine. Il est nécessaire, en même temps, par une disposition instrumentale appropriée, d'en préciser le point d'origine et la nature. Les courbes obtenues sont les résultantes de la superposition et de la combinaison de plusieurs courbes, où l'analyse doit découvrir ce qui est dû aux variations spontanées dans l'état de repos absolu ou relatif et ce qui correspond à l'influence d'excitations supplémentaires ou de divers états physiologiques ou pathologiques.

***

Nous ne saurions décrire ici l'appareillage employé, qui depuis les premiers travaux n'a cessé d'être modifié et le sera sans doute encore avant de pouvoir devenir d'un usage courant. Quel que soit son modèle, il est indispensable qu'il puisse déceler des variations de 5 à 10 μ V, sensibilité minimum. Berger et les premiers chercheurs employèrent d'abord le galvanomètre à corde avec amplification, tel que l'avait en 1913 employé Prawdicz-Neminsky. On emploie actuellement l'oscillographe associé à des amplificateurs formés d'étages multiples (cinq étages dans l'appareil d'Andrew Matthews) de lampes triodes avec condensateurs contribuant à la sélection vis-à-vis des éléments parasitaires ou perturbateurs.

L'oscillographe peut être cathodique ou électro-magnétique, ce dernier dérivé du galvanomètre Desprez-d'Arsonval. Le premier appareil se prête, grâce à la rémanence de son écran fluorescent, à un examen électroencéphaloscopique.

L'oscillographe électromagnétique ne s'y prête pas et est uniquement enregistreur ; soit, comme dans l'électrocardiographe, par inscription photographique des déplacements d'un spot ; l'absence d'inertie est contrebalancée ici par le coût de tracés qu'il faut parfois très longs. Aussi s'en tient-on parfois au levier encré inscrivant sur papier ordinaire. Le déroulement du papier se fait lentement (1 à 2 cm. par seconde) ou vite (10 cm. à la seconde), ce qui est nécessaire à l'enregistrement des ondes rapides.

Dans tous les cas, l'examen se fait en cabine blindée et demi-obscure ; le sujet devra obligatoirement y rester assis au repos complet une demi-heure avant que l'examen commence.

L'examen sera pratiqué en position couchée dans le repos le plus absolu et en état de relâchement musculaire aussi complet que possible.

Le lit d'examen est soigneusement isolé.

Les électrodes employées ont varié au cours des recherches. Au début on a pris, grâce à des trépanations, contact direct avec la substance nerveuse elle-même, puis seulement avec la dure-mère ou les os du crâne eux-mêmes. On obtint ensuite des tracés par voie sous-cutanée au moyen de conducteurs d'argent chloruré introduits au moyen d'aiguilles isolées.

L'instrumentation actuelle permet des tracés par simple contact avec les téguments rasés et soigneusement dégraissés sur des surfaces très circonscrites, sans même recourir à des électrodes intra-cutanées. On emploie alors les électrodes du type Baudouin-Fischgold (1) et Lerique, où une colonne liquide de sérum physiologique mouillant les

(1) Nous sommes heureux de remercier M. le Dr Fischgold des nombreux renseignements qu'il nous a obligeamment fournis.

téguments baigne une spirale d'argent chloruré reliée à l'appareillage électrique. Berger insiste sur la viciation des tracés qui peut résulter des contacts imparfaits, du contact des fils entre eux ou de leur simple mobilité et du soin qu'il faut prendre d'éliminer les pulsations dues à la circulation du sang dans les vaisseaux. Les précautions sont d'autant plus indispensables que les tracés obtenus par voie transcranienne réduisent, comme on pouvait s'y attendre, les variations potentielles qui se manifestent dans l'oscillographe.

L'étude de ces phénomènes électriques a mis en évidence l'influence sur les tracés obtenus de l'emplacement sur le crâne, des électrodes. On dispose donc, comme en électrocardiographie, de *dérivations* diverses se rapportant aux divers territoires encéphaliques dont on peut ainsi comparer graphiques et fonctionnement.

Deux procédés peuvent être employés : *dérivations bipolaires*, les plus anciennement employées, où les deux électrodes sont placées sur le crâne à faible distance l'une de l'autre ; *dérivations monopolaires*, où l'une des électrodes, dite active, est placée sur le crâne dans la région à étudier et dont elle transmet de façon exclusive les variations potentielles, tandis que l'autre électrode dite « indifférente » est placée à distance, dans une région non susceptible de donner lieu à des variations potentielles rythmées (œil, lobule de l'oreille). Mais dans les deux procédés une des électrodes est mise à la terre.

On peut, dans le cas de dérivation bipolaire, réaliser diverses dérivations (occipito - frontale, occipito - vertex, vertex frontale, etc.), sur un seul hémisphère ou sur deux ; on peut ainsi faire les comparaisons les plus diverses. Ce qui importe, c'est d'associer pour une même étude les diverses dérivations inscrites simultanément pour déterminer le point de départ ou foyer d'un système de variations donné.

La valeur localisatrice semble exister dans les deux procédés de dérivation, bien que certains auteurs (Adrian et Matthews) aient, à cet égard, plus de confiance dans les dérivations bipolaires.

***

Eléments constitutifs de l'E. E. G. — Un sujet normal étant maintenu dans un état de repos mental et sensoriel complet, les yeux fermés, le tracé, comme l'a montré Berger, montre des ondes relativement lentes, dites *ondes α de Berger*. Leur fréquence moyenne est de 10 par seconde ; leur amplitude moyne de 50 à 60 μ V. Mais cette dernière peut varier entre 25 et 125 μ V, même pour des tracés pris sur le cuir chevelu. Elle est naturellement plus considérable sur des tracés pris au contact même de l'écorce. Ces ondes se groupent fréquemment en tracés durant de une demie à trois secondes. Leur amplitude croît alors jusqu'à un maximum puis décroît, donnant ainsi sur le tracé des fuseaux (spindles).

On peut recueillir les ondes α en divers points du crâne, ainsi que l'ont observé Berger et d'autres auteurs, mais c'est au niveau de la zone occipitale qu'elles ont habituellement leur plus grande amplitude, celle-ci étant au contraire minimum dans la zone frontale. Aussi considère-t-on, jusqu'à plus ample informé, que c'est au niveau des lobes occipitaux que les ondes α ont leur foyer d'origine.

Le rythme ci-dessus n'est cependant pas continu. Sur des tracés suffisamment longs on voit en effet que les fuseaux de groupement des ondes α sont séparés par des intervalles où les ondes α ont une fréquence minimum.

Dans d'autres conditions d'expérience, et en particulier au cours de l'effort mental, Berger a observé d'autres ondes, *dites ondes β*, plus rapides. Leur fréquence moyenne est de 25 par seconde, mais peut varier entre 17 et 30 (Jasper et Andrews). Leur amplitude, plus faible que celle des ondes α est en moyenne de 20 μ V mais pourrait, selon certains auteurs atteindre jusqu'à 50 μ V. En raison de cette faible amplitude et de leur fréquence relativement élevée, ces ondes peuvent ne pas apparaître sur un tracé pris à faible vitesse ou avec un appareil d'une sensibilité insuffisante.

Leur territoire d'élection semble la zone sensitivo-motrice (Jasper et Andrews) et peut-être aussi la région frontale.

Elles peuvent exister peut-être aussi à l'état de repos, mais seraient à ce moment partiellement masquées par les ondes α.

Jasper, Baudouin et Fischgold les ont vues dans les diverses régions du crâne lorsque pour une raison quelconque les ondes α déprimées sont insuffisantes pour les couvrir.

Certains auteurs, en particulier Rohrbacher et Gemelli, ont vu des ondes analogues en amplitude aux ondes β et plus rapides encore. On a noté tous les intermédiaires de fréquence entre les ondes α et les ondes dites *ondes γ* qui peuvent atteindre une fréquence de 200 et jusqu'à 1.000 par seconde.

Elles sont plus mal connues encore actuellement que les ondes β et l'on a mis l'hypothèse qu'elles résultent d'une application défectueuse des électrodes (Baudouin et Fischgold) ou qu'elles sont seulement des parasites dus à l'inscription intempestive d'un électrogramme.

***

Variations du tracé normal. — Ces éléments typiques varient dans leurs rapports sous diverses influences.

Age. — Son rôle est important comme l'ont montré les travaux de Lindsley qui a examiné 100 enfants entre 1 mois et 16 ans et les travaux de Marinesco.

Avant l'âge de 3 mois on n'observe aucun rythme permanent. De loin en loin, apparaissent par hasard, sur une ligne de base dépourvue de variations pendant des secondes entières, quelques ondes α isolées, durant 2 à 3 dixièmes de seconde. Marinesco n'a en pratique rien observé chez le nourrisson avant le 126e jour.

A mesure que l'enfant prend de l'âge les oscillations du tracé se font moins rares ; elles apparaissent dans la région occipitale à l'époque où l'enfant commence à percevoir les objets. De temps en temps apparaissent des ondes assez courtes, d'une amplitude de 25 à 40 μ V que certains auteurs tendent à considérer comme des ondes β.

Entre 3 et 6 mois apparaît pour la première fois un rythme de 4 ou 5 ondes par seconde, qui se groupent en faisceaux de durée variable et rappellent ce qu'on observe chez l'adulte endormi, mais ces ondes demeurent souvent irrégulières d'amplitude et de forme.

De 7 à 9 ans commence à s'établir le rythme α de l'adulte.

Il devient constant entre 10 et 12 ans, mais avec une cadence un peu plus rapide que chez l'adulte. On tend à voir dans cette accélération une manifestation pubérale.

Sexe. — Peut-être les ondes sont-elles un peu plus rapides dans le sexe féminin que dans le masculin.

Variations individuelles. — Le tracé change d'un sujet à un autre, mais garde une remarquable stabilité chez chacun d'eux, lorsque les conditions d'observation demeurent les mêmes. Pour Davis et Davis le tracé de chaque individu est caractérisé par la place tenue par les ondes α dans la durée totale du tracé.

Elles peuvent en occuper 75 % (type dominant) ou 75 à 50 % (type sous-dominant), ou 50 à 25 % (type mélangé).

Ces trois types se rencontrent avec la même fréquence (30 % des cas). Elles peuvent n'occuper que moins de 25 % (type à ondes rares), éventualité la plus rare. L'absence de toute onde α peut même se voir, mais on ne peut l'affirmer que moyennant des conditions d'examen très soigneusement libérées de toute cause d'erreur.

Les jumeaux présentent, pour Davis et Davis, une similitude entière de leur type de tracé. Aussi ces auteurs considèrent-ils que l'hérédité exerce sur ces caractères individuels une influence prépondérante.

Marinesco, Sager et Kreindler arrivent à des conclusions analogues et décrivent chez l'adulte trois types caractérisés : le premier, par une suite très régulière d'ondes α de même amplitude et de même fréquence ; le deuxième, par une suite alternante d'amplitudes croissantes et décroissantes, type Cheyne-Stokes ; le troisième, par l'entière irrégularité dans la succession des ondes α.

Influence des états psychologiques et des excitations sensorielles. — Depuis les premiers travaux de Berger, on sait que la stimulation visuelle supprime le rythme α ; cet arrêt semble analogue à un réflexe, et comme tel il peut en effet répondre à un mécanisme conditionnel. Mais l'intervention de l'attention est nécessaire pour relier l'excitation sensorielle et la perturbation du rythme bioélectrique.

La stimulation auditive agit aussi, mais moins nettement que la visuelle.

Les efforts psychologiques (attention, mémoire, calcul), ont des effets analogues.

On voit assez souvent dans ce cas les ondes μ se combiner aux ondes α et les voiler plus ou moins, ou même les remplacer, et Berger a pu en conclure que certaines tout au moins des ondes β correspondaient à l'activité psychophysiologique. Ces ondes ont aussi été dénommées par Kornmüller « Aktionströme » par opposition aux rythmes de repos, plus ou moins caractéristiques des divers territoires cérébraux qu'il dénomme « Fieldeigenströme ».

Les ondes β sont, en tout cas, trop mal connues encore pour que des conclusions fermes puissent être formulées.

Le sommeil physiologique enfin (Loomis) et son degré de profondeur, retentissent sur l'E. E. G. Quand le sujet s'endort, les tracés α se raréfient et diminuent peu à peu d'amplitude, pour devenir à peine visibles ou même disparaître. Puis apparaissent quelques fuseaux de bas voltage, mais plus fréquents que α (14 environ par seconde) et durant quelques secondes, auxquels s'associent bientôt de rares oscillations lentes, apparaissant au hasard à raison d'une à trois par seconde et d'une amplitude pouvant atteindre 300 μ V. Enfin des variations lentes et distribuées au hasard caractérisent le degré le plus profond du sommeil physiologique. Les variations du tracé sont parallèles à celles du sommeil lui-même et changent d'un instant à l'autre. Le rêve se traduit aussi, semble-t-il, par des variations du tracé.

Selon les connexions et les dérivations électriques, enfin l'apparence du tracé E. E. G. peut varier. C'est là un domaine technique que nous ne saurions ici que mentionner et où de nombreux travaux sont encore nécessaires. Ce sont pourtant ces modifications provoquées qui permettent d'entrevoir l'origine des ondes α et β.

Les ondes α, pour Adrian, proviendraient exclusivement du lobe occipital ; pour Berger, elles traduiraient l'activité électrique des trois couches internes de la totalité du cortex encéphalique, tandis que les ondes β proviendraient des trois couches externes. D'autres auteurs ont proposé d'autres schémas ; Bremer a dénommé les ondes α ondes de repos, les ondes β étant des ondes d'activité. Tout ceci ne sort guère encore du domaine de la théorie et demande confirmation. Ce qui est acquis, en dehors de toute interprétation, c'est que ces variations de potentiel reconnaissent pour cause unique l'activité cérébrale, que l'activité bioélectrique du cerveau peut être perçue avec ses rythmes propres, qu'on peut déjà en quelque mesure aborder l'analyse de son mécanisme et l'étude de ses variations.

L'étude de la physiologie et de la pathologie des centres nerveux et aussi de certaines manifestations psychologiques a, dès à présent, tiré parti de cette méthode nouvelle d'examen et rassemblé des documents qui, bien que fragmentaires, semblent déjà posséder une valeur considérable.

R. Levent.

LIVRES NOUVEAUX

Eléments de physiologie clinique de l'appareil circulatoire, par J. Castaigne et P. Dodel. Paris, Masson et Cie, 1939.

Il est devenu indispensable au médecin de penser physiologiquement surtout pour arriver à un diagnostic précoce. C'est à faciliter cette tâche que vise le présent ouvrage. Les acquisitions récentes en physiologie circulatoire sont trop nombreuses et trop diverses d'origine pour que le praticien puisse se tenir aisément au courant, même du simple nécessaire, d'ailleurs toujours difficile à démêler à première vue. C'est ce nécessaire qu'il trouvera réuni dans le présent ouvrage et coordonné aux notions anciennes. Si le médecin y trouve le complément d'information désiré l'étudiant y trouvera, selon les cas, le complément d'un programme en l'initiation à des méthodes déjà courantes en clinique hospitalière mais que les programmes n'ont pas toujours eu l'occasion de mettre à sa portée.

Le présent ouvrage, dont il faut louer sans réserve la clarté et la précision, ne peut donc que rendre les plus grands services, tant aux cliniciens qu'aux étudiants, eux-mêmes cliniciens ou chercheurs à venir.

L. B.

L'anorexie mentale, trouble instinctivo-affectif, par le docteur Jean Carrier. Paris, Le François, 1939.

Dans ce très important travail où une très abondante bibliographie ne masque pourtant pas la valeur de l'apport personnel, l'auteur étudie l'anorexie mentale où il voit la perturbation des instincts les plus profonds (alimentation, sexuel, affectivité) perturbation d'ailleurs purement fonctionnelle, donc réversible. Ce syndrome est lié à la phase de développement de l'organisme, plus encore qu'à la période strictement pubérale et est une réaction à des causes diverses et non pas une affection définie.

Le tableau clinique comporte en plus des symptômes digestifs et organiques, un syndrome mental particulier qui en est l'élément cardinal.

Son évolution est toujours grave, ne fût-ce que par ses retentissements et complications d'ordre psychiâtrique ; elle peut aboutir à la mort du fait d'une tuberculose intercurrente qui est la complication la plus habituelle. Son évolution est très polymorphe et parfaitement susceptible de guérison.

La diagnostic en pose un grand nombre de problèmes, tant médicaux que psychiatriques.

Le traitement qui doit être conduit selon des règles actuellement bien précisées ne devra que de façon adjuvante et avec prudence, faire appel à l'opothérapie.

L. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 24 JUILLET 1939

Consommation d'oxygène par un anaérobie strict, clostridium butyricum. — MM. Eugène AUBEL et Jacques HOUGET.

Sur la fréquence des tumeurs dans les divers ordres de vertébrés à sang froid et leur rareté dans les espèces venimeuses. — M. Albert PEYRON.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 23 JUIN 1939

Un cas de leishmaniose viscérale de l'adulte d'origine corse. — MM. Ch. MATTEI, GIRAUD, DUMON et Mme DUMON-LÈGRE. — Femme de 29 ans, atteinte de Kala-azar, longtemps méconnu. Il existait une fièvre oscillante pseudo-palustre, et une pigmentation accusée de tous les téguments. Un chien atteint de leishmaniose vivait à proximité de la malade, et celle-ci avait été piquée par une tique. Ces cas ne sont pas rares, en Corse, surtout vers la côte orientale et dans la région d'Ajaccio. Ces cas de Kala-azar de l'adulte, sont un argument en faveur de l'identité entre la maladie méditerranéenne et le Kala-azar hindou.

Hypertrophie musculaire de l'adulte à constitution rapide avec symptômes myotoniques et hypothyroïdie. — Traitement thyroïdien. — MM. MOLLARET et RUDAUX. — Il s'agit du traitement d'une malade atteinte d'hypertrophie musculaire. Traitement thyroïdien à doses légères (de 5 à 15 centigr. par jour) avec une efficacité évidente. Disparition des crampes, fonte de l'hypertrophie, atténuation des troubles myotoniques mécaniques; disparition d'un cœur myxœdémateux typique, démontrée par l'électro-cardiogramme et la téléradiographie.

Projection d'un film sur l'abiophotométrie, méthode de mesure photobiologique. — MM. JAUSION, NÈGRE et REYRE.

Pyrexie de forme ondulante à séméiologie radiculaire, rénale et encéphalitique. — Inoculation aux animaux. — MM. JACQUET, THIEFFRY et PLAS. — Il s'agit, en l'espèce, d'une maladie autonome dont la transmissibilité aux animaux sous des formes spéciales a été démontrée, mais dont l'origine spirillaire, quoique vraisemblable, n'a pu être établie. Cliniquement, après une incubation d'une douzaine de jours, apparut un œdème de la racine de la cuisse, des adénopathies et une reprise des douleurs lombo-crurales à type de radiculète. Tout rentra dans l'ordre, puis apparut un cycle fébrile, accompagné de douleurs lombo-crurales et thoraciques de type radiculaire, puis un état de somnolence voisin du coma. Un 2e cycle semblable au précédent se manifesta et un 3e qui se termina par la mort.

SÉANCE DU 30 JUIN 1939

Le pouvoir masculinisant de l'urine. — MM. BINET et Mlle LUXEMBOURG. — Les auteurs montrent que le poisson xiphophorus helléri présente des caractères sexuels secondaires différenciés. Le mâle se distingue par la présence d'une épée ou d'un gonopode. Les auteurs ont obtenu la masculinisation du xiphophorus femelle par l'injection à la femelle d'extraits d'urine d'homme jeune.

Anémie de Biermer ictérigène avec diminution de la résistance globulaire. — Action de la splénectomie. — MM. CHIRAY, ALBOT et SCEMAMA. — Etude du problème du diagnostic entre ictère hémolytique et anémie de Biermer avec ictère. La maladie de Biermer fut d'abord améliorée par la splénectomie. Deux poussées ultérieures furent ensuite améliorées par le foie de veau. La rate présentait des lésions de la maladie de Biermer, soit dégénérescence hyaline artériolaire, et congestion des travées de Bilroth.

Diabète insipide, double pneumothorax par maladie kystique du poumon. — MM. GIRAUD, PAILLAS, LUMBROSO et MARCORELLES (Marseille). — Enfant de 14 ans, atteint de diabète insipide dû à une arachnoïdite opto-chiasmatique avec atteinte de la tige pituitaire. Au cours d'un traitement par l'extrait de porc hypophysé, un pneumothorax bilatéral fut suivi de mort. A l'autopsie, maladie kystique des 2 poumons.

Ictère catarrhal. — Galactosurie provoquée avec injection d'histamine. — MM. PARAF, BORIS, KLOTZ et LEWI. — Etude des résultats de l'épreuve de galactosurie provoquée, faite un jour avec la technique habituelle, et le lendemain après injection d'histamine. Au cas d'hictère, l'histamine n'augmente pas la galactosurie lorsqu'il s'agit d'obstruction mécanique de la voie biliaire principale; elle l'augmente au contraire dans les ictères catarrhaux quand on peut envisager un processus réactionnel d'intolérance hépatique.

Traitement nicotinique de la stéatorrhée idiopathique. — MM. JUSTIN-BESANÇON, CAROLI et IUBONA signalent l'effet heureux obtenu par l'acide nicotinique sur un malade atteint de sprue tropicale et ceux obtenus par Bing sur deux malades atteints de stéatorrhée idiopathique. Ils rapprochent cette action de l'acide nicotinique sur la stomatite aphteuse des succès thérapeutiques obtenus par Cachera dans les aphtes simples ou récidivants.

Béribéri cardiaque alcoolique. — Bons effets de la vitaminothérapie B. — MM. MERLE et LARPENT. — Observation chez un grand alcoolique d'une insuffisance cardiaque grave. Par un traitement parentéral, avec vitamine B, survint une amélioration importante, à savoir : disparition de l'anasarque, régression de l'hypertrophie cardiaque. Ce cas permet d'employer le terme de Béribéri cardiaque alcoolique et autorise une pathogénie carentielle semblable à celle notée pour les polynévrites.

Action de l'acide nicotinique dans un cas de sprue. — MM. JUSTIN-BESANÇON, CAROLI et IUBONA. — Malade atteint de sprue tropicale, ayant débuté en 1934, à symptômes classiques; une 1re fois, un extrait hépatique en injection en 1937, amena une amélioration remarquable; tous les symptômes reparurent après abandon du traitement. L'acide nicotinique amena un résultat plus favorable que l'extrait hépatique.

Le taux de l'amide nicotinique dans le sang à l'état pathologique. — MM. JUSTIN-BESANÇON, LWOFF, QUÉRIDO et IUBONA.

La nicotinamidémie au cours des grandes insuffisances hépatiques. — MM. FIESSINGER, ALBEAUX-FERNET, LWOFF et QUÉRIDO. — Les auteurs insistent sur le fait que si, durant la guérison de l'ictère grave on observe l'augmentation de la nicotinamidémie et la diminution de la porphynurie, on constate parfois qu'à un taux normal de nicotinomidémie correspond un taux élevé de porphyrinurie, témoignant de la complexité des phénomènes qui président à l'augmentation de la porphyrine urinaire.

Méthémoglobinémie congénitale et familiale. — Action favorable de l'acide ascorbique. — MM. LIAN, FRUMUSAN et SASSIER.

Néphrite avec absence de parallélisme entre la forme évolutive et les lésions histologiques. — MM. PASTEUR VALLERY-RADOT, MAURIC, SIGUIER, MILLIEZ et Mlle GAUTHIER-VILLARS.

Nodosités fibreuses des doigts. — MM. FLANDIN, POUMEAU-DELILLE et GUILLEMIN.

La réaction de Paul et Bunnel dans la mononucléose infectieuse. — MM. R. WORMS et DEMANCHE.

Crises vaso-sécrétoires anciennes guéries par le propionate de testoserone. — MM. DE BRUN et SIGUIER.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1939

Ictère par hépatite à rechute, avec septicémie transitoire à bacille pyocyanique. — MM. BRULÉ, HILLEMAND et WOLFROMM. — Cas d'une malade opérée deux fois pour calculs du cholédoque, qui ultérieurement fut atteinte d'un ictère fébrile. C'était un ictère par hépatite et non par obstruction. A l'hémoculture, on put découvrir le bacille pyocanique. On ne peut préciser si le B. pyocyanique fut la cause de l'hépatite ictérigène ou s'il n'est survenu que comme un germe de sortie au cours d'un ictère infectieux. Les cas d'ictère dus au pyocyanique sont rares.

Septicémie à coli-bacille et péritonite terminale chez une cirrhotique. — MM. BRULÉ, HILLEMAUD et GOUTNER.

Action somnifère de l'oxygénothérapie. — MM. FLANDIN, BRETON et LEMAIRE. — Cas de délirium tremens alcoolique survenu au cours d'une pneumonie franche, traitée avec succès par l'oxygénothérapie. Les variations du taux d'oxygène produisaient à volonté l'excitation ou le sommeil. Les inhalations d'air suroxygéné peuvent avoir une action sédative et somnifère.

Réflexe oculo-cardiaque unilatéral chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. LAIGNEL, LAVASTINE, ROSENTHAL et SCHAPIRA. — Résultats de la recherche du réflexe oculo-cardiaque chez 40 tuberculeux pulmonaires chroniques. Le réflexe est différent à droite et à gauche chez la majorité des tuberculeux : il est plus marqué du côté le plus atteint. Il devient donc un élément utile pour la recherche de la prédominance de la localisation bacillaire.

Le traitement sulfamidé de deux cas d'ectasie bronchique chez un adulte et chez un enfant. — M. CORDEY (Fontainebleau). — Chez un adulte, le 693 à la dose de 2 gr. 50 par jour, fit tomber l'expectoration de 100 cm2 à 20 cm3; chez un enfant, le même résultat heureux fut rapidement obtenu.

Leucémie aiguë et myélomes multiples. — MM. LEMAIRE, UHRY, MALLARMÉ et Mme CANS.

Méthode optique pour l'étude de la coagulation sanguine. — Technique et résultats. — MM. LIAN, FRUMUSAN et SASSIER. — Au cours de la transformation du fébrinogène en fibrine, l'opacité du plasma croît proportionnellement à la quantité de fébrine élaborée. Ces variations de la densité optique peuvent être mesurées à l'aide d'un photomètre, en opérant sur le plasma et non sur le sang total. Cette méthode peut donner des renseignements précieux en pathologie.

Appendicite chronique. — Son diagnostic par la palpation abdominale en position verticale et par l'étude radiologique de la traversée digestive. — MM. BRODIN et AUBIN.

Rhumatisme chronique cervical à forme dysphagique. — MM. E. MAY, MOGDER et EM-MAY.

Anémie grave et hernie diaphragmatique chez l'adulte. — MM. CAIN, CATTAN et CLAISSE. — Homme de 55 ans, se présentant comme anémique grave et atteint d'une hernie diaphragmatique latente Cette association a été déjà plusieurs fois relevée. L'origine en est mal élucidée. L'anémie est curable, la moelle osseuse n'est pas hypoplasique, le chimisme gastrique est normal, les hémorrhagies sont inconstantes.

Un cas d'encéphalite zonateuse. — MM. PARAF, MAFFEI et LEWI.

Exophtalmie basedowienne résiduelle. — Effets de l'exérèse du ganglion sympathique cervical moyen. — MM. LAYANI, LEVEN, WEDI et ROLLAND. — Résultats favorables obtenus par la résection de la chaîne sympathique cervicale dans un cas d'exophtalmie basedowienne. L'ablation du ganglion cervical moyen eut un effet immédiat; l'exorbitisme disparut, sans troubles trophiques de l'œil ni des téguments longtemps après l'opération. L'intervention parut sans danger.

Myocardites de carence B. — M. Hugues GOUNELLE.

Déformation du pied et apparence tabétique sans lésion osseuse et ostéo-arthropathie rachidienne. — MM. R. WORMS, FAULONG et SCHNEIDER.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'histidine

par le Dr M. BEER (1)

Dans ce travail très documenté fait sous l'inspiration de M. le Prof. Emile Aron, de Tours, l'auteur fait une mise au point des travaux relatifs aux traitements des ulcères gastro-duodénaux par l'histidine.

Après avoir brièvement rappelé les recherches qui ont permis à Aron et Weiss de découvrir le rôle de cet acide aminé sur l'évolution de l'ulcère expérimental chez le chien par dérivation duodénale, l'auteur a surtout réuni, pour les étudier, les multiples observations publiées sur l'efficacité des injections de laristine dans la cure des ulcères et, d'un ensemble d'opinions concordantes, il a mis en lumière l'action de la laristine sur la crise ulcéreuse et son action sur l'intensité et le rythme des crises, ce qui permet de considérer aujourd'hui la laristinothérapie comme le traitement médical de choix de la maladie ulcéreuse.

Etudiant ensuite les modalités d'application de cette thérapeutique, l'auteur a vu que la laristine est encore un traitement médical complémentaire de la cure chirurgicale des ulcères.

L'auteur insiste sur les indications cliniques et sur les résultats thérapeutiques du traitement des ulcères par la laristine et il rappelle les nombreuses interprétations émises par les différents auteurs pour justifier l'efficacité anti-ulcéreuse de l'histidine.

Une bibliographie abondante permet de se rendre compte de l'importance des travaux publiés sur cette méthode thérapeutique et, si des points théoriques restent encore obscurs et si des hypothèses souvent éphémères s'opposent ou se détruisent, les faits positifs basés sur l'expérimentation et la clinique permettent de considérer la laristine comme une acquisition définitive de l'arsenal thérapeutique anti-ulcéreux.

(1) *Thèse de la Faculté de Médecine de Paris*, 1938-1939.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURE DE LA DIAPHYSE FEMORALE AU TIERS MOYEN DE L'ADULTE (1)

Complications :

1° *Immédiates :* l'on ne peut que signaler :

L'hydarthrose fréquente ;

Les lésions nerveuses portant sur le grand sciatique ou le S. P. E., exceptionnelles ;

Les lésions vasculaires de l'A. ou de la V. fémorale rarissimes ;

Beaucoup plus fréquents sont les gros hématomes profonds, hématomes qui peuvent entraîner, dans les jours qui suivent, un état subfébrile, et qui sont une gêne dans le traitement chirurgical.

En réalité, comptent surtout :

L'ouverture : nous étudierons les fractures ouvertes dans un chapitre spécial ;

L'interposition musculaire particulièrement fréquente dans cette fracture où la diaphyse est entourée par un épais manchon musculaire.

Les meilleurs signes en sont :

A la palpation, l'absence de crépitation osseuse ;

A la radiographie, l'existence d'un large espace clair interfragmentaire.

Il importe d'en faire le diagnostic, car il est des interpositions minimes qui disparaîtront une fois que la traction aura réduit le chevauchement. Il est à l'inverse des interpositions rebelles à l'extension qui justifieront l'intervention pour aller lever l'obstacle qui serait une cause de pseudarthrose.

2° *Secondaires :*

Le choc peut rester inquiétant pendant 24 à 48 heures. Nous avons vu qu'il était fréquent de constater *un état subfébrile* pendant une dizaine de jours.

Certaines complications secondaires dépendent de l'état général : la fracture peut déclencher chez l'alcoolique un délirium tremens ; chez le vieillard débilité, le décubitus peut mettre en jeu le pronostic vital : broncho-pneumonie ou escarres.

3° *Tardives :*

Les cals vicieux sont bien moins fréquents depuis que l'on pratique l'extension continue par broche, à condition de la surveiller de près, ainsi que nous le verrons.

On ne doit plus voir à l'heure actuelle ces cals vicieux déplorables au point de vue fonctionnel avec :

— Un raccourcissement de 6 à 8 cm.

— une crosse à convexité antéro-externe entraînant de gros troubles de la statique et retentissant sur le fonctionnement de la hanche et du genou ;

— Une rotation externe par décalage.

Cependant, même actuellement, l'on peut avoir des cals en baïonnette, peu gênants, si elle n'est pas trop accusée, un raccourcissement de 2 à 3 cm., facilement compensé.

La pseudarthrose : dans certains cas, elle est dûe à :

— Une interposition fibreuse.

— Une hypercorrection par traction trop forte et trop prolongée, mais bien souvent, elle survient sans cause apparente, et dans ce cas, elle semble plus fréquente dans les fractures transversales par choc direct que dans les fractures obliques.

Cliniquement, elle est caractérisée par la persistance d'une mobilité anormale indolente, et l'absence d'apparition de cal à la radiographie dans les délais normaux de consolidation.

Elle est à distinguer des retards de consolidation fréquents, dans lesquels persiste une mobilité anormale, mais avec douleur à la mobilisation.

Il convient d'insister, enfin, pour terminer sur :

L'amyothrophie quadricipitale rapide, constante, longue à récupérer, surtout après la quarantaine.

Les raideurs articulaires du genou : certains auteurs les ont considérées comme tellement fréquentes que pour eux « le pronostic d'une fracture de cuisse était au genou. »

Nous verrons à l'heure actuelle comment les traitements modernes luttent contre ces deux complications qui restent cependant fréquentes, mais à un degré moindre.

En conclusion, au point de vue *pronostic*, il convient de distinguer un peu schématiquement trois cas :

1° *Les cas particulièrement favorables :* sujets jeunes qui, au bout de 100 à 120 jours reprennent une fonction normale, et chez qui il ne persiste ni raccourcissement, ni raideur du genou ; ces cas ne sont pas, même à l'heure actuelle, la majorité.

2° *Les cas moyens :* les plus fréquents : l'I. T. T. est de 150 jours ; il persiste 3 à 4 cm. de raccourcissement, une amyotrophie quadricipitale de 2 à 4 cm., une légère raideur du genou. Le taux d'I. P. P. qui en résulte varie entre 15 et 30 %.

3° *Les cas particulièrement défavorables :* la minorité à l'heure actuelle, gros cals vicieux, gros troubles de la statistique ou dislocation ± complète du genou et taux élevé d'I. P. P.

Traitement :

Il faut tout d'abord insister sur la nécessité de poser un appareillage de contention provisoire pour le transport :

— Type service de santé ;

— Ou appareillage de fortune organisé avec les moyens du bord.

— On diminue ainsi la douleur et par là même, le choc, et on évite déplacement et ouverture secondaire.

Au point de vue traitement, tous les auteurs sont d'accord pour instituer le plus tôt possible la traction par broche de Kirschner. Il est indispensable de demander auparavant une radiographie face et profil pratiquée au lit du malade.

L'anesthésie est variable suivant les cas et les auteurs.

Pour les uns, rachianesthésie ;

Pour les autres anesthésie du foyer de fracture, ou même simple bouton de novocaïne au point où passera la broche.

Le lieu d'élection pour la pose de la broche prête également à discussion.

En règle générale, on enfonce la broche à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse fémorale : en un point situé à 2 cm. au-dessus et en dehors de l'angle supéro-externe de la rotule. La corticale osseuse est, en effet, à ce niveau

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 64-65.

solide, tandis que, posée plus bas, la broche risque de couper l'os et menace de cul-de-sac sous-quadricipital.

A l'étranger (Böhler), on préfère passer la broche à travers le tibia. Cette méthode est discutée, car elle gêne la mobilisation précoce du genou, et risque de provoquer une dislocation articulaire par élongation ligamentaire. On la réserve, en France, aux cas où il existe au niveau de la cuisse des lésions tégumentaires.

Sitôt la broche posée, il faut placer le membre blessé sur une attelle de Boppe, coucher le malade sur un matelas doublé d'une planche, et surélever légèrement les pieds antérieurs du lit pour que le poids du corps fasse contrextension. On pratique alors la traction en plaçant un poids de 10 kilos et l'on met l'attelle dans la position d'abduction que la radiographie montre nécessaire. On termine enfin, en installant un dispositif qui permet de mettre le pied à angle droit.

Après 24 heures de traction, il est indispensable de demander de nouveaux clichés radiographiques. Si le chevauchement persiste, il faut augmenter la traction, il faut augmenter l'abduction de l'attelle si elle est insuffisante.

Il faudra demander toutes les semaines des clichés radiographiques : ils vérifient la contention et permettent de trouver quel est le poids minimum qui suffit à maintenir la réduction. Une traction trop forte risque, en effet, de causer un écart interfragmentaire qui favorise le retard de consolidation.

La date d'ablation de la broche est discutée :

— 30 jours pour certains, 50 ou 60 pour d'autres. Quoiqu'il en soit, il faut remplacer la broche au bout de ce temps par une extension continue au leucoplaste, et ne pas permettre la reprise de la marche avant le 90e jour, quand, cliniquement et radiologiquement, le cal est solide.

Reste la question de la mobilisation du genou : il ne doit s'agir *que de mobilisation passive*. Pour certains, on peut la commencer précocement ; pour d'autres, pas avant le 30e jour.

A l'heure actuelle, on réserve le traitement chirurgical aux échecs du traitement orthopédique, échecs dont la fréquence est réduite au minimum si l'appareillage est constamment surveillé.

Il existe trois indications majeures :

— L'interposition musculaire.
— Une angulation antérieure ou postérieure rebelle à tous changements de position de l'attelle.
— Un important décalage des fragments.

Il ne faut intervenir que vers le 15e jour : l'hématome est alors en voie de résorption, et la traction par broche a réduit le raccourcissement et évité la rétraction. L'opération doit être le moins délabrante et le moins traumatisante possible. On tend à l'heure actuelle à utiliser les ligatures étagées au fil d'acier de préférence aux plaques.

Signalons, enfin, que certains préconisent, en cas de fracture oblique, la transfixion du foyer par deux broches.

Traitement des complications :

Le retard de consolidation : on préconise l'injection de sérum de fracturé convalescent, voire des perforations à la Beck.

Les cals vicieux nécessitent rarement une ostéotomie de correction.

La pseudarthrose pose des problèmes thérapeutiques toujours difficiles à résoudre : intervention sanglante, avivement des bouts, suivie de cerclage ou d'enchevillement diaphysaire.

II. — Fractures de cuisse ouvertes.

1° *Type : fracture ouverte de dehors en dedans :* accident de rue, blessure de guerre fréquente.

Ici le blessé est particulièrement choqué et ce choc peut être assez grave pour mettre sa vie en jeu pendant plusieurs jours.

Aussi, dès la réception du blessé doit-on le réchauffer, lui faire de l'huile camphrée, du sérum antitétanique et du sérum antigangréneux ; pendant ce temps, on interroge l'entourage en demandant :

— Le lieu : les plaies de rue sont les plus graves:
— L'heure : notion capitale pour juger du degré d'infection ;
— La nature du traumatisme : choc appuyé ou non.

Déshabiller précautionneusement le malade, laver la peau tout autour de la plaie, rasage, pansement rapide et transporter le blessé en salle d'opération ; c'est là que sous rachianesthésie, anesthésie générale, on fera le bilan des lésions :

— Téguments : plus ou moins déchirés, décollés ; de grands décollements feront craindre le sphacèle des bords ;
— Tissu cellulaire sous-cutané : souillé de terre, à exciser largement.
— Aponévroses et muscles : fendre largement les aponécroses ; elles brident les muscles qui sitôt libérés font hernie ; de couleur violacée, immobiles, les réséquer jusqu'à ce qu'ils se contractent sous le ciseau.
— Hémostase.
—Os : être aussi économe que possible ; n'enlever que les esquilles ne tenant plus au périoste.
— La question de la fermeture dépend de l'heure, de l'état des lésions.
— La plaie une fois parée, immobiliser sur une attelle de Boppe et passer une broche transtibiale.

Surveiller de près son malade ; généralement, l'on sauve ainsi le pronostic vital, alors qu'en l'absence d'intervention d'urgence : gangrène gazeuze et infection grave apparaissent avec une particulière fréquence dans cette fracture où les parties molles sont épaisses ; le pronostic fonctionnel est plus réservé que dans les fractures fermées ; les retards de consolidation sont très fréquents.

— Une poussée d'ostéite peut se voir par la suite.

2° *Fracture ouverte de dedans en dehors :*

Bien moins grave, elle nécessite, cependant, une intervention d'urgence.

E. Sayous.

Physiopathologie de la vieillesse et introduction à l'étude des maladies des vieillards, par P. Bastai et G.-D. Dogliotti. Un vol. de 235 pages avec 40 fig. Prix : 40 fr. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

Le traitement de la tuberculose ou 50 années d'erreur. Un vol. de 109 pages par le Dr Arnold, chez l'auteur : 1, rue Castéja, Boulogne-sur-Seine, 1938.

Manuel d'hématologie pratique. Un vol. in-8 de 162 pages, par Édouard Peyre, avec une préface du Professeur Roussy. A la librairie E. Le François, à Paris, 1938.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 68. — SAMEDI 26 AOUT 1939. 112ᵉ ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6ᵉ. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6ᵉ) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Revue Générale.

Les staphylococcies graves de la face, par MM. H. DUBOUCHER et G. DUBOUCHER.

Chronique.

Histoires de fantômes, par M. L. BABONNEIX.

Sociétés Savantes.

Société de Chirurgie de Toulouse.

Pratique Médicale.

Livres nouveaux.

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — M. Bénard, agrégé, est nommé, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, professeur de pathologie expérimentale et comparée (dernier titulaire : M. Fiessinger).

M. Aubertin, agrégé, est nommé à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, professeur de thérapeutique (dernier titulaire : M. Harvier).

M. Vallery-Radot, agrégé, est nommé, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, professeur de pathologie médicale (dernier titulaire : M. Abrami).

Faculté de Médecine de Lille. — La chaire de pathologie externe (dernier titulaire : M. Swynghedauw) de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille est transformée, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, en chaire de bactériologie médicale et pharmaceutique.

M. Gernez, agrégé, est nommé, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, professeur de bactériologie médicale et pharmaceutique à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Lille.

Faculté de Médecine de Montpellier. — La chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire : M. Grynfeltt) est transformée, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, en chaire d'anatomie pathologique et médecine expérimentale.

M. Baumel, agrégé, est nommé, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, professeur d'anatomie pathologique et médecine expérimentale à la Faculté de Médecine de l'Université de Montpellier.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Dambrin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, est transféré, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, dans la chaire de clinique chirurgicale et gynécologique de cette faculté (dernier titulaire : M. Desforges-Mériel).

La chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse est transformée, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, en chaire de pathologie chirurgicale.

M. Caubet, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse, est transféré, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, dans la chaire de pathologie chirurgicale de cette faculté.

La chaire d'anatomie pathologique de la faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse (dernier titulaire : M. Tapié) est transformée, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, en chaire d'anatomie pathologique et pathologie générale.

M. Sandrail, agrégé pérennisé, est nommé, à compter du 1ᵉʳ octobre 1939, professeur d'anatomie pathologique et pathologie générale à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse.

La chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (dernier titulaire M. Caubet), est déclarée vacante.

Légion d'honneur. — PENSIONS. — *Officier* : Le docteur Carle Roederer, surexpert au Centre d'appareillage à Paris.

Distinctions honorifiques. — Ordre de la Santé Publique.

Commandeur : M. Barbary, inspecteur départemental honoraire d'hygiène, à Nice ; M. le docteur Léon Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Lyon ; M. le docteur Georges Brouardel, vice-président du Conseil Supérieur d'hygiène ; M. le docteur Castaigne, directeur de l'école de plein exercice de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; M. le médecin général de la marine Candiotti ; M. Chaleix, directeur adjoint honoraire au ministère de la santé publique ; M. Gaud, directeur de l'hygiène au Maroc ; M. le médecin général Gay-Bonnet, directeur du service de santé de la région militaire de Paris ; M. Techoueyres, directeur de l'école de médecine de Reims et des services d'hygiène de la Marne ; M. le docteur Vaillant, radiologue à Paris; M. Vidal-Nacquet, président de la Fédération Hospitalière de France ; M. le médecin général inspecteur A. Savornin.

Officier : M. le docteur Benech, directeur du bureau municipal d'hygiène. à Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; M. le docteur Bouillette, médecin-chef de l'hôpital de Conflans-Sainte-Honorine (Seine-et-Oise) ; M. le docteur Boulangier, directeur des services d'hygiène du département de la Moselle, à Metz ; M. le docteur Brot, médecin de l'hôpital d'Ancy-le-Franc (Yonne) ; M. le médecin commandant Brunel, ministère de la guerre à Paris ; M. le docteur Caillet, assistant à la consultation d'urologie de la clinique de la faculté, à la Salpêtrière, à Paris ; M. le docteur Chauchard, médecin de l'institut prophylactique à Paris ; M. le docteur Chevron, vice-président du Conseil départemental d'hygiène, à Châlons-sur-Marne ; M. le docteur Corbin, médecin inspecteur de la protection des enfants du premier âge, à Amiens (Somme) ; M. le docteur Crozes, médecin instructeur de la défense passive de la ville de Toulouse ; M. le docteur Fauvel, chef du service de la maternité de l'hôpital de Châlons-sur-Marne) ; M. le docteur Ferry, médecin des Enfants assistés du Loir-et-Cher, à Romorantin ; M. le médecin commandant Fulcrand, adjoint au médecin général inspecteur, directeur du service de santé de la région de Paris ; M. le docteur Gallouen, médecin du bureau de bienfaisance de Rouen ; M. le médecin-capitaine Genaud, conférencier au cours de défense sanitaire passive à Paris ; M. le médecin-chef de la marine Goett, chef du bureau médical au ministère de l'air à Paris ; M. le docteur Hagen, médecin-chef de l'hôpital thermal de Plombières-les-Bains ; M. le docteur Hutinet, administrateur de l'Association philomathique à Paris ; M. le docteur Huyghe, directeur du bureau municipal d'hygiène de Dunkerque ; M. le docteur Ill, oto-rhino-laryngologiste, à Paris ; M. le docteur Jehanin, inspecteur départemental adjoint d'hygiène de l'Orne, à Mortagne-au-Perche ; M. le docteur Lapin, secrétaire général de la ligue marocaine contre la tuberculose à Rabat ; M. le docteur Lévy-Valensi, professeur à la faculté de médecine à Paris ; M. le docteur Livon, directeur de l'institut Pasteur de Marseille ; M. le docteur Manesse, médecin à Antony ; M. le docteur Matinier, adjoint au médecin général inspecteur, directeur du service de santé de la région de Paris ; M. le docteur Mercier, médecin à Paris ; M. le docteur Née, médecin-chef des hôpitaux de Rouen ; M. le docteur Pasturel, directeur médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron ; M. le médecin colonel Perdrizet, directeur de l'hôpital militaire Dominique-Larrey, à Versailles ; M. le docteur Pernot, radiologue à Paris ; M. Péronnet, pharmacien capitaine de la section technique du service de santé au ministère de la guerre ; M. le docteur Perrin, médecin-chef du contrôle sanitaire de la prostitution à la préfecture de police ; M. le docteur Renard, médecin-inspecteur de l'assistance publique du Rhône, à Bourg ; M. le professeur Rocher, chirurgien de l'hôpital des enfants de Bordeaux ; M. le docteur Vernet, à Paris ; M. le professeur Villaret, professeur à la faculté de médecine de Paris ; M. le professeur Violle, professeur d'hygiène à la faculté de médecine de Marseille; M. le docteur Beauchef, chirurgien de l'hôpital de Laigle; M. le docteur Muller, chirurgien de l'hôpital civil de Belfort.

Chevalier : M. Adrian, médecin de l'office public d'hygiène sociale de la Seine-Inférieure à Rouen; M. le docteur d'Ailhaud-Castelet, médecin permanent du dispensaire d'entr'aide sociale à Périgueux; M. le docteur Artaud, médecin-inspecteur des écoles communales de Cormeilles-en-Parisis; M. Avinée, pharmacien, président du syndicat régional des pharmaciens du Nord de la France à Lille; M. le docteur Barrère, médecin à Vicdessos; M. le docteur Bentkowski, médecin du dispensaire d'hygiène sociale à Saint-Hippolyte-du-Fort; M. le docteur Béraud, médecin de la crèche des hospices civils de la Rochelle; M. le docteur Brindejonc de Bermingham, médecin adjoint au Hertford British Hospital, chef de laboratoire d'endocrinologie à l'hôpital Necker-Enfants malades, à Paris; M. le docteur Bernard, chef de laboratoire de radiologie à l'hôpital Necker-Enfants malades, à Paris; M. le docteur Blaise, médecin inspecteur des écoles, le Thillot; M. le docteur Blum, médecin à Paris; M. le docteur Bocquillon, médecin inspecteur des enfants du premier âge et des pupilles de l'assistance publique à Templeuve; M. Bonnet dit Bonnet-Roy, otho-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Michel, à Paris; M. le docteur Boudet, professeur à la faculté de médecine de Montpellier; M. le docteur Brahy, médecin chef de la maternité de Mirecourt; M. le docteur Brissot, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Vaucluse à Epinay-sur-Orge; M. le docteur Brochier, médecin accoucheur des hôpitaux à Lyon; M. le docteur Brodier, conservateur des musées de l'hôpital Saint-Louis, à Valenciennes; M. le docteur Brunerye, rapporteur des questions d'hygiène à la 6e commission du conseil municipal de Paris; M. le docteur Cachera, médecin-chef des dispensaires de la ligue contre le péril vénérien à Paris; M. le docteur Canouet, médecin du sanatorium départemental de Boscamnant; M. le docteur Vaillot, chef de clinique gynécologique à la faculté de médecine de Lyon; M. le docteur Championnet, médecin à l'hôpital de Vesoul; M. le docteur Cheronnet, médecin des dispensaires antituberculeux de la Sarthe au Mans; M. le docteur Cœuillez, médecin des hospices de Mayenne; M. le docteur Coliez, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Paris; M. le docteur Collet, médecin directeur des sanatoriums publics, sanatorium du Cluzeau, à Isle; M. le docteur Cornu, médecin chirurgien de l'hôpital de Neufchateau; M. le docteur Cullerre, président de la commission de surveillance de l'hôpital psychiatrique à la Roche-sur-Yon;

Voir la suite des Informations, page 1142.

REVUE GENERALE

LES STAPHYLOCOCCIES GRAVES DE LA FACE

(*Cellulite de la face*)

Par MM. H. Duboucher et G. Duboucher

Ayant pénétré en un point quelconque des téguments de la face (lèvre supérieure, aile du nez, sillon narinaire, cloison nasale, paupières, etc.), ou, exceptionnellement au niveau de la muqueuse buccale, le staphylocoque, après avoir donné une lésion locale d'importance variable (érosion, plaie septique, folliculite, furoncle, anthrax), peut diffuser dans le tissu cellulaire voisin.

La *cellulite* progresse dans le tissu sous-cutané et peut atteindre les espaces intermusculaires et la cavité orbitaire, le tissu celluleux périméningé de la base du cerveau et les méninges elles-mêmes. Elle produit rarement la nécrose ou la suppuration.

Les racines lymphatiques et veineuses sont atteintes. La *lymphangite* et la *phlébite* peuvent s'étendre, celle-ci menaçant le système veineux régional et particulièrement les veines faciale et jugulaire interne, les plexus ptérygoïdiens, la veine ophtalmique, le sinus caverneux et la circulation sanguine.

Le staphylocoque en jeu appartient à une race très virulente et la maladie est douée d'une haute sévérité. *La septicémie* est fréquente ; elle se termine parfois par la *septico-pyohémie*. Le traitement est très décevant.

HISTORIQUE

La gravité du *furoncle de la lèvre supérieure* a été soulignée de tout temps. En réalité, la même gravité appartient à toute staphylococcie de la face, qu'elle soit post-traumatique ou spontanée. D'ailleurs, les staphylococcies, même superficielles, peuvent devenir sévères, quelle que soit leur localisation. Reste néanmoins en faveur des tissus de la face une malignité plus fréquente, notamment quand la lésion initiale siège sur la lèvre supérieure, l'aile du nez et parfois les paupières.

Bien vite est apparu que la malignité particulière du furoncle de la face est souvent due à la *propagation veineuse* qui, pénétrant dans l'orbite par la veine angulaire, s'étend à la veine ophtalmique et au sinus caverneux. De là, l'infection gagne les méninges ou la circulation sanguine.

Cependant, des observations mortelles avec signes orbitaires très développés ont été publiées sans que l'autopsie montre de thrombose du sinus caverneux. Il a semblé que l'infection ayant pénétré dans l'orbite par simple continuité pouvait s'étendre de proche en proche jusqu'au sommet de la cavité et de là aux espaces sous-méningés, puis aux méninges ou à la masse sanguine. *La difficulté du diagnostic entre la cellulite orbitaire et la phlébite du sinus caverneux* a été soulignée.

Assez anciennement aussi a été mise en relief la notion du danger des *petites interventions* (ponctions, ouverture, pression, ventouse) sur des lésions primitives à staphylocoque de la face. Limitées, incomplètes, traumatisantes, elles sont insuffisantes ; elles marquent souvent le point de départ de la cellulite grave. La lésion localisée, même anthracoïde et à gros facteur nécrotique n'est rien et la diffusion cellulitique, veineuse et sanguine est tout dans la haute gravité des staphylococcies de la face. Seule paraît permise la ponction au galvanocautère, au thermocautère ou au bistouri diathermique d'un point de nécrose très superficielle ayant déjà mortifié les téguments. Il est très dangereux de vouloir appliquer à l'anthrax de la face les règles générales du traitement employé dans les autres régions du corps et de se livrer à une excision d'ailleurs très mutilante ici, ou à une incision large avec mise à plat dépassant les limites de l'infiltration.

Le développement des idées cliniques a conduit à *quelques erreurs*. On a parfois confondu la cellulite de la face avec l'érysipèle ; on a même employé le terme d'érysipèle à staphylocoque. Or il ne s'agit pas d'une dermite ; l'agent n'est pas le streptocoque ; l'aspect clinique (couleur, bourrelet) n'est pas le même ; l'évolution est toute différente. Le terme d'érysipélatoïde n'est pas meilleur.

On a encore décrit un anthrax sous-cutané de la face : l'erreur est moins grande. Dans de rares observations, la coupe macroscopique montre en plein tissu celluleux des foyers de nécrose séparés par une cellulite massive. Il s'agit d'une simple forme anatomo-clinique, forme exceptionnelle d'ailleurs, car le plus souvent la cellulite est pure sans nécrose ni suppuration importantes.

On a encore souligné, dans de rares observations microscopiques, l'importance de la lymphangite radiculaire l'opposant à l'absence de phlébite. C'est une exception. La section macroscopique laisse voir d'ordinaire une *grande prédominance de la phlébite*. La clinique montre l'absence presque constante de réaction lymphangitique ou ganglionnaire. La connaissance de l'agglutination des plaquettes par la staphylo-coagulase explique la tendance thrombosante des infections à staphylocoque. La dissémination sanguine de l'infection ne demande cependant pas nécessairement une phase phlébitique. Parfois, on n'observe qu'une cellulite très localisée et cependant l'hémoculture est déjà positive. C'est que la défense locale est inhibée, sidérée : l'existence de ces *formes hypervirulentes, fulminantes* parfois, est maintenant bien connue.

Le facteur veineux conserve cependant tout son pouvoir diffusant et l'existence d'une staphylolysine détruisant les plaquettes sanguines dont l'agglutination est à la base des thromboses, explique comment les germes peuvent envahir parfois le sang en toute liberté et s'y montrer en amas agglutinés par de la fibrine (Curtillet, Laffargue et Fabiani).

Devant la haute gravité de la cellulite orbitaire et de la thrombo-phlébite du sinus caverneux, les chirurgiens ont tenté un geste un peu désespéré, le *drainage* ou l'électro-coagulation de la région para-ménin-

gée de la base et du sinus caverneux avec ou sans curage de l'orbite. Les résultats connus sont trop rares pour qu'il soit permis de juger la méthode qui semble pouvoir être discutée dans certains cas. La perte unilatérale de la vision serait bien peu de chose si elle permettait une augmentation des chances de survie.

Mais ce qui caractérise avant tout la *période actuelle*, c'est la tendance physiopathologique de l'étude des staphylococcies de la face et des staphylococcies en général. L'Ecole française vient de rappeler l'importance du *terrain ;* le staphylocoque a été étudié sous tous ses aspects aux Etats-Unis où la variabilité du *germe* a bien été mise en évidence. Nous voici ainsi revenus à l'ancienne conception de la graine et du terrain, les deux facteurs du bilan de toute affection microbienne. Nous dirions volontiers avec plus de précision : facteurs bactériens et facteurs organiques, dont l'étude permet un bilan précis pour chaque malade. L'établissement soigneux de ce bilan est de la plus haute importance thérapeutique.

Malgré une haute irrigation sanguine et une immunité relative commune à toutes les parties découvertes du corps, la face est le siège des staphylococcies les plus graves : c'est que le *microbe en jeu est très virulent*. L'appréciation de ses facteurs nécrotique, leucocidique et hémolitique, celle du facteur léthal global et des facteurs allergique et anergique conduisent à des indications particulières. Les réactions organiques déficientes ont besoin d'être renforcées. Il est bien difficile d'augmenter le pouvoir antigène du staphylocoque ; on n'en a pas souvent le temps. La sérothérapie passive n'a à sa disposition qu'un sérum d'une efficacité limitée. Les staphylococcies ne conduisent qu'à une mauvaise immunité. D'où nécessité de s'adresser à une autre forme de la stimulation des défenses organiques, *l'incitation au choc thérapeutique*.

L'évolution des idées sur les staphylococcies graves de la face en est là aujourd'hui. Pour résumer, nous dirons que la connaissance approfondie du microbe, le dosage des différents facteurs agressifs qu'il développe, l'appréciation exacte des réactions organiques est absolument nécessaire à un traitement rationnel. A souligner tout spécialement que la gravité y est fonction de la cellulite et de l'inflammation veineuse, de la méningite et de l'infection sanguine, et que le moyen de traitement qui apparaît comme le plus efficace à tous les stades de l'évolution est le choc thérapeutique et particulièrement le *choc provoqué par l'injection intra-veineuse de bactériophage*.

*

ETIOLOGIE, PATHOGENIE ET PHYSIOPATHOLOGIE

La *porte d'entrée* est parfois invisible. Elle peut être traumatique (blessure par le rasoir, piqûre d'insecte). C'est plus souvent une folliculite, un furoncle, un orgelet ou un anthrax, exceptionnellement une lésion muqueuse intra-buccale ou intra-nasale, plus rarement encore une lésion glandulaire (parotidite extériorisée).

Les manœuvres intempestives (ponctions, incisions, pressions) sont bien souvent à l'origine de la *diffusion* du germe et du changement d'allure des lésions.

La notion de *terrain* est particulièrement importante : hyperglycémie, modifications de l'équilibre acido-basique avec variations du pH sanguin et du rapport des sérines et des globulines du sang, petites carences en vitamines B et C, surmenage, état physiologique, déficiences organiques surtout hépatique et endocrines.

Les *caractéristiques anatomiques et physiologiques* de la région sont à considérer. Il n'y a pas à la face d'aponévrose limitant l'infection celluleuse qui peut s'étendre librement en surface et en profondeur. Les réseaux capillaires lymphatiques et veineux sont très riches et particulièrement exposés.

Les défenses locales sont toutefois alertées par les agressions répétées auxquelles sont soumises normalement les parties découvertes du corps et la riche irrigation des tissus semblerait favorable à une bonne défense. Il faut donc que la *virulence du germe* soit particulière, pour expliquer l'allure sévère de l'infection.

Le germe est, en effet, très virulent. Les exotoxines qu'il sécrète sont peu nécrosantes et parfois dotées d'un pouvoir chimiotactique négatif. Elles sont fortement hémolysantes, leucocidiques, granulo-asthéniques ou granulo-anergiques et asthéno-réticulo-endothéliales. Leurs propriétés excitantes, inhibantes ou sidérantes et neurotropes et leurs affinités parenchymateuses sont importantes.

Les *défenses organiques locales* sont celles de l'inflammation septique : rajeunissement et multiplication des cellules réticulo-endothéliales, diapédèse, phagocytose, défense par les produits leucocytaires, formation locale d'anticorps.

Cette défense locale, fort variable dans les staphylococcies de la face où le facteur nécrotique est en général, peu élevé, est encore diminuée dans la cellulite où la nécrose et la suppuration sont discrètes, ou inexistantes. L'infection évolue en face d'un facteur chimiotactique défaillant et d'une fonction réticulo-endothéliale déficiente. La phagocytose insuffisante et la diapédèse très diminuée, parfois à peine esquissée ou nulle, ne s'opposent pas à une diffusion bactérienne qui se fait librement : d'où septicémie très précoce, souvent contemporaine du début clinique de l'infection. Les leucocytes abritent parfois avec sollicitude et en grand nombre les germes septiques. La formation locale d'anticorps est minime.

Les *réactions générales* de l'organisme ne sont pas meilleures. Le staphylocoque est un antigène particulièrement mauvais et la réponse des centres formateurs d'anticorps est faible. Les sévères exotoxines, non contre-balancées, impressionnent rapidement les différents parenchymes, les centres nerveux, le système végétatif, les irritent puis les inhibent. L'aptitude au choc provoqué disparaît et les deux systèmes principaux de la défense sont anihilés : l'immunisation est très insuffisante et le tissu réticulo-endothélial ne remplit plus sa fonction de défense. Aussi, le bilan physiopathologique de l'affection est-il souvent mauvais et son aggravation progressive se fait

jusqu'à la septicémie et la mort. Plutôt exceptionnels sont les cas d'évolution spontanée heureuse, habituellement terminée par une septico-pyohémie prolongée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'évolution anatomique de la cellulite à staphylocoque de la face comprend plusieurs phases :

1° Une phase locale ;
2° Une phase d'extension à l'orbite et à la base du cerveau ;
3° Une phase veineuse ;
4° Une phase septicémique ;
5° Une phase pyohémique.

1° Au stade d'infection du tissu cellulaire de la face, la section macroscopique à travers le placard dur laisse écouler un rare liquide séreux ou hémorragique, jamais purulent. Les tissus résistent au scalpel et la tranche a un aspect hépatisé tant au point de vue de la couleur que de la consistance. Sauf si la veine faciale est rencontrée, l'incision ne provoque qu'une hémorragie minime (Crist).

La coupe montre très inconstamment, par-ci, par-là, un foyer purulent ou nécrotique de la grosseur d'une pointe d'épingle. Il est tout à fait exceptionnel que des foyers nécrotiques importants et multiples réalisent l'aspect de l'anthrax sous-cutané.

Le microscope montre une infiltration polyblastique et leucocytaire variable, de la lymphangite radiculaire et sous-radiculaire avec périlymphangite et des phlébites sous-capillaires. Les lésions veineuses sont en général plus importantes que les lésions lymphatiques et ce n'est qu'exceptionnellement et seulement par endroits que la lymphangite et la périlymphangite l'emportent sur la phlébite et la périphlébite. Parfois, on observe une infiltration diffuse par des micro-abcès innombrables, proches les uns des autres, des dimensions d'une tête d'épingle, pleins d'un pus jaune épais. Cette infiltration bourbillonneuse, spongieuse, suppurative, laisse remarquablement intacts les plans superficiels, follicules pileux, et glandes sudoripares (Curtillet, Laffargue et Fabiani).

C'est là une forme de passage à la forme anthracoïde profonde dans laquelle les foyers de nécrose avec leur bourbillon caractéristique deviennent macroscopiquement appréciables, séparés par de la cellulite.

Dans la zone périphérique d'œdème mou, on observe la dissociation habituelle des éléments du connectif par un liquide interstitiel coagulable et abondant. L'œdème mou et la cellulite s'étendent plus ou moins en profondeur, aucune barrière aponévrotique ne s'y opposant, et les différents espaces peuvent être progressivement atteints : espace zygomatique, espace ptérygomaxillaire, espace parotidien. Les muscles sont agressés de l'extérieur. Les glandes salivaires, en particulier la glande parotide, voient leur capsule traversée et leur infiltration se produire : c'est la *pancellulite de la face*.

2° La lésion orbitaire n'est pas essentiellement différente et la cellulite, plus œdémateuse ici qu'à la face, moins dure, donne l'aspect d'une masse infiltrée dont la section laisse couler un liquide séreux abondant, mais pas de pus (Coppinger). Les veines sont le siège d'un processus thrombo-phlébitique plus ou moins intense et l'on n'observe guère la cellulite pure sans phlébite ni la phlébite pure sans cellulite.

L'infiltration cellulaire peut s'étendre jusqu'au sommet de l'orbite et s'insinuer au-delà par le trou optique ou la fente splénoïdale et arriver à la base du cerveau sans qu'une thrombo-phlébite caverneuse soit réalisée. La cellulite *périméningée* irrite les enveloppes cérébrales provoquant l'apparition dans le liquide céphalo-rachidien d'une quantité anormale d'albumine et d'une leucocytose à cellules intactes. Il n'est pas encore possible de mettre le germe en évidence dans le liquide céphalo-rachidien. A cette irritation aseptique peut succéder une *méningite* vraie avec polynucléaires à noyaux altérés et germes microbiens dans le liquide céphalo-rachidien.

3° La phlébite acquiert une importance majeure. L'aspect hépatique et vineux de la tranche de section, les vermiotes sanguines que la pression fait sourdre en sont le témoignage. La phlébite veinulaire peut s'étendre aux différents troncs de la face, habituellement le long de la veine angulaire.

L'atteinte veineuse épargne souvent les gros troncs superficiels (faciale et angulaire) et la phlébite n'atteint les veines de quelque calibre qu'au niveau de l'orbite.

La phlébite est normalement accompagnée de périphlébite qui est l'origine d'une extension nouvelle de la cellulite.

L'atteinte de la veine faciale peut s'étendre au tronc thyro-linguo-facial et même à la jugulaire interne : le fait est rare.

C'est plutôt vers le sinus caverneux que l'infection veineuse se propage par l'intermédiaire de la veine ophtalmique, la thrombose profonde se produisant d'avant en arrière. Il est bien plus rare d'observer une extension le long des veines ptérygoïdiennes et une thrombose ophtalmique procédant d'arrière en avant (anastomose de la veine ophtalmique avec le plexus ptérygoïdien).

L'infection du sinus caverneux irrite tout d'abord le *nerf moteur oculaire externe* qui chemine en plein feutrage aréolaire, puis les nerfs inclus dans la paroi externe du vaisseau : *moteur oculaire commun*, *pathétique* et *ophtalmique*.

L'artère carotide interne, qui plonge aussi en plein tissu caverneux, recouverte, tout comme le nerf moteur oculo-externe, par un endothélium vasculaire, est plus rarement intéressée. L'endothélite externe peut néanmoins commander une artérite transmurale qui, progressant de dehors en dedans, atteint l'endothélium intra-artériel et provoque une thrombose pariétale ou oblitérante. De petites embolies peuvent se produire dans l'artère ophtalmique et *l'ischémie du fond de l'œil* apparaître et déterminer la cécité.

La phlébite des sinus de la base du cerveau peut prendre les *différentes formes de l'infection veineuse :* forme pariétale, thrombose oblitérante à évolution

plus ou moins rapide, trombose suppurée, phlébite hyperseptique.

La *cavernite hyperseptique,* souvent pariétale et peu thrombosante, détermine un jetage continu de germes très virulents dans le système circulatoire et commande l'entretien d'une septicémie massive irrémédiable qui montre en général peu de tendance à la transformation pyohémique.

La suppuration intra-vasculaire avec écoulement de pus libre à la section réalise une lésion curieuse, véritable suppuration locale du sang lui-même. La participation de la paroi à l'infection est variable, parfois très localisée, d'autres fois étendue et térébrante.

La thrombo-phlébite oblitérante est aiguë, subaiguë ou chronique. Dans la *forme aiguë,* l'oblitération vasculaire, rapidement réalisée, provoque une stase aiguë avec retentissement brusque sur l'orbite, l'exophtalmie et le chémosis. L'élément stasique vient ajouter brutalement son effet à celui de l'inflammation pour surcharger l'œdème actif d'un certain degré d'œdème passif avec *stase veineuse importante du fond de l'œil* et parfois atrophie consécutive.

Dans la *forme subaiguë rapide,* la thrombose oblitérante ne laisse pas beaucoup plus de marge à la suppléance veineuse.

La thrombo-phlébite caverneuse lente permet au contraire une accommodation circulatoire qui atténue l'évolution de la stase veineuse. Elle est le fait d'une infection moins sévère qui s'étale dans le temps et permet une défense plus efficace. Les risques d'embolie persistent cependant et peuvent venir compliquer, même tardivement, une évolution de tendance jusque là favorable.

La *phlébite pariétale* du sinus caverneux ne provoque aucune stase veineuse et la lumière du vaisseau ne renferme pas de caillot. Elle est rare, car la texture aréolaire de l'espace caverneux se prête particulièrement à la coagulation sanguine. La plupart des cas de syndrome thrombo-phlébitique sans caillot veineux sont des cas de cellulite de la base consécutive à la cellulite orbitaire propagée en arrière, et dont la symptomatologie en a imposé à tort pour une oblitération du sinus.

La cavernite aiguë ou subaiguë s'accompagne, le plus souvent, de *périphlébite* et de *cellulite paraméningée* avec réaction inflammatoire d'abord aseptique puis septique des méninges. On rejoint ici la cellulite propagée de proche en proche depuis l'orbite. Dans les deux cas, la *réaction méningée* et la *méningite* évoluent pour leur propre compte, compliquant souvent la septicémie que la méningite déborde par sa rapidité.

4° Phase septicémique. — L'invasion sanguine se fait exceptionnellement par *voie lymphatique.* La lymphangite tronculaire et l'adénite sont en effet rares, contrairement à ce qui se passe dans les autres régions du corps, et notamment aux membres. La réaction ganglionnaire est d'un pronostic favorable, réalisant peut-être un processus d'arrêt. Les ganglions atteints ne suppurent presque jamais, leur ramollissement étant un signe plus favorable encore.

L'extension sanguine paraît se faire surtout par *voie veineuse* et par l'intermédiaire ou non de phlébites de calibre fort variable. C'est surtout lorsque les veines de l'orbite et plus encore quand le sinus caverneux sont atteints que la menace sanguine est importante.

Parfois, l'envahissement sanguin, très précoce, se fait à partir d'une lésion minime : autour d'une simple folliculite apparaît une plaque limitée de cellulite qui s'accompagne déjà de septicémie. Cela se passe sans réaction lymphatique apparente ni phlébite perceptible ; les voies d'essaimage lymphatique ou veineuse sont totalement anergiques. Le fait dénote déjà l'indifférence des éléments réticulo-endothéliaux. L'atteinte de ceux-ci s'affirme davantage encore par l'épreuve du rouge congo et par l'inaptitude de l'organisme à la production du choc provoqué.

5° Phase pyohémique. — Sous des conditions obscures : carences locales en substances minimales, défaillance d'une immunisation commençante, plutôt allergie, la lutte s'engage en des territoires limités où se font des métastases et qui deviennent des centres de formation d'anticorps. Ainsi se constituent des phlegmasies localisées, des phlegmons à facteur nécrotique variable ou des collections parfaitement limitées. Le germe disparaît du courant circulatoire pour y reparaître de temps à autre réalisant une bactériémie intermittente capable de métastasier dans les points allergiques de l'organisme. Ainsi se forment successivement et parfois pendant longtemps des foyers nouveaux qui vont en général s'atténuant et se superficialisant. Plus exceptionnellement, les foyers successifs sont de plus en plus profonds et moins limités, de moins en moins francs, et la septicémie reprend pour, cette fois, être mortelle. Il n'est pas rare de voir des localisations simplement s'amorcer, apparaître simultanément, fugaces et inutiles.

La localisation de l'infection marque manifestement un changement dans l'évolution de la maladie qui s'améliore localement et dans ses phénomènes généraux. La modification heureuse est maxima dans les localisations franches aiguës. Néanmoins, la collection secondaire n'est pas sans danger pour l'organisme. A l'intérieur de l'abcès règne une hypertension, constatable à l'ouverture chirurgicale, qui agit mécaniquement sur la membrane pyogène et facilite les résorptions toxiniques et bactériennes (septicémie réfléchie ou en écho), mais aussi celle des anticorps de formation locale.

SYMPTOMATOLOGIE

Autour d'une érosion infime, d'une plaie septique de la face, d'un point de folliculite, d'un furoncle ou d'un anthrax apparaît un placard épais, dur, sensible spontanément et à la pression. Les téguments, violacés et marbrés, parfois pigmentés, ne présentent pas de bourrelet rappelant l'érysipèle. D'ailleurs, la plaque indurée et adhérente au derme est épaisse et comprend une plus ou moins grande profondeur du tissu souscutané.

L'induration entoure la lésion originelle en poussant des pointes irrégulières notamment dans la direction des vaisseaux principaux, la veine angulaire de la face en particulier. Elle est d'abord mobile sur les plans profonds auxquels elle n'adhère pas encore.

L'aire cellulitique s'étend en général rapidement, doublant d'étendue d'un jour à l'autre, devenant progressivement adhérente aux plans sous-jacents. La palpation intra-buccale, quand la situation s'y prête, permet de mesurer l'extension en profondeur. La muqueuse, d'abord libre, adhère bientôt à la cellulite devenue transjugale ou translabiale ; la rougeur apparaît sur la face interne de la lèvre ou de la joue.

La cellulite s'étalant encore en surface couvre bientôt une partie de la joue d'un ou des deux côtés, s'étend sur le nez, remonte sur le front, ne dépasse que rarement le bord inférieur du maxillaire vers le bas. Malgré son extension, elle garde une surface régulière et, dans la règle, il n'apparaît aucun foyer de nécrose ou de suppuration, quelle que soit son étendue.

D'une façon inconstante, la lésion s'entoure d'un œdème mou, parfois exubérant, qui atteint et gonfle la paupière inférieure et peut déborder vers le bas sur le cou à sa partie antéro-latérale. Le gonflement, parfois énorme, inquiète le malade et pourrait en imposer à un esprit non prévenu.

Cette forme moyenne de la cellulite à staphylocoque de la face peut se surcharger de *complications* qui vont souvent en assombrir encore le tableau.

On peut observer une *réaction ganglionnaire* sous-maxillaire. Le plus souvent discrète, l'adénopathie, noyée dans l'œdème, peut facilement passer inaperçue. Elle est en général fugace. Elle ne suppure à peu près jamais.

L'extension veineuse cliniquement appréciable se fait volontiers le long de la *veine angulaire de la face*. On observe, en direction de l'angle interne de l'œil, venant de la partie latérale de la lèvre, une pointe dure et sensible, un peu étalée vers le bas, qui représente une phlébite entourée de périphlébite. A l'angle interne de l'œil, on peut voir apparaître une légère rougeur de la conjonctive.

La propagation phlébitique est bien plus rare le long de la *veine faciale*. Dans les lésions térébrantes et profondes, les *veines ptérygoïdiennes* peuvent, exceptionnellement, être atteintes.

La propagation la plus fréquente se fait de proche en proche au *tissu celluleux de l'orbite*, dont l'infection enjambe le rebord osseux. Les signes sous-conjonctivaux et oculaires apparaissent : rougeur conjonctivale puis chémosis et fixation progressive du globe, protrusion oculaire ; la paupière supérieure s'œdématie. La phlébite orbitaire peut dépasser le stade sous-capillaire et atteindre la veine ophtalmique elle-même : cette *phlébite rétrobulbaire* est un facteur important de l'exophtalmie, de l'œdème de l'orbite et des paupières, de la stase oculaire.

De la veine ophtalmique, la phlébite atteint facilement le *sinus caverneux* et la stase veineuse augmentant encore, plus ou moins brusquement, la saillie oculaire s'accroît pendant que les paupières, maintenant énormes, ferment l'œil dont l'exploration devient presque impossible.

La phlébite progressant encore peut atteindre *la jugulaire interne* elle-même, extension favorisée par les battements carotidiens qui agitent constamment le contenu caverneux, et l'on peut voir apparaître à la partie supérieure de la veine, dans son trajet cervical, une phlébite dont la menace énorme pèse sur le courant circulatoire.

La phlébite orbitaire ou caverneuse s'entoure facilement de *périphlébite*, qui étale son infection dans l'orbite ou au contact des méninges. La méningite de la base apparaît avec son complexus clinique habituel et sa réaction leucocytaire dans le liquide céphalo-rachidien : *irritation aseptique* des méninges d'abord, puis envahissement microbien et *méningite*.

La voie veineuse d'expansion n'est cependant pas obligatoire pour en arriver à la cellulite du fond de l'orbite et à son extension à *l'espace périméningé de la base*. Ainsi, on atteint à l'irritation méningée et à la méningite sans phlébite rétro-bulbaire ou caverneuse.

Fait important, la phlébite caverneuse peut s'étendre par le *sinus coronaire au sinus caverneux du côté opposé*. Et l'on voit, sans aucune menace sous-cutanée du deuxième orbite, apparaître une stase rétro-bulbaire, puis orbitaire, dont le premier symptôme est une protrusion oculaire non encore accompagnée de chémosis et d'œdème important des paupières. Plus tard, cette évolution d'arrière en avant conduit au même tableau des deux côtés. Elle s'oppose cliniquement à l'évolution d'avant en arrière de la phlébite où la rougeur conjonctivale et le chémosis précédent la protrusion oculaire.

La circulation sanguine est menacée par la double dissémination lymphatique et veineuse et, au stade de la phlébite rétro-bulbaire, à plus forte raison de la phlébite caverneuse, la *bactériémie* et la *septicémie* deviennent à peu près fatales.

La septicémie est particulièrement sévère avec son grand cortège de symptômes hypertoxiques et d'inhibition progressive des divers parenchymes. Les signes nerveux, excitation puis inhibition, se montrent vite et la mort se produit dans le coma.

Au cours de cette évolution rapide, les *données du laboratoire* sont éloquentes. Le nombre des *hématies* tombe précocement et, même dans la cellulite très limitée et qui peut guérir, le taux des globules rouges descend parfois à 3.500.000.

Le nombre des *leucocytes* est variable. Les globules blancs sont en général augmentés et ils peuvent atteindre des chiffres élevés : 32.000 dans un de nos cas, 84.000 dans une observation de Crist. D'autres fois, la leucocytose est discrète d'emblée ou bien, énorme d'abord, elle tombe considérablement à l'approche de la mort, comme chez le malade de Crist où le chiffre terminal n'était plus que de 10.200. Les polynucléaires se montrent parfois *asthéniques* ou *anergiques* et, même dans le sang, ils peuvent abriter passivement un grand nombre de staphylocoques au cours d'une septicémie massive.

Les éléments de la *série hyaline* du sang sont moins impressionnés que ceux de la série granuleuse et la

mononucléose ne suit pas toujours le chiffre des polynucléaires : la proportion des globules segmentés aux non segmentés est variable, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. L'un des test de gravité de l'infection est l'insuffisance de la leucocytose (moins de 15.000) et de la polynucléose (moins de 75 %).

Ce tableau de la cellulite à staphylocoque de la face, surchargé de complications qui font souvent partie de son évolution moyenne, subit assez fréquemment des modifications qui nécessitent la distinction de certaines *formes cliniques.*

La forme localisée se borne au développement d'un placard qui ne dépasse pas quelques centimètres carrés sans aucune diffusion lymphatique ou veineuse. Souvent accompagnée d'un œdème mou étendu, elle devient une *forme œdémateuse :* l'une et l'autre de ces deux variétés sont susceptibles de guérir avec une thérapeutique simple ou même spontanément.

La forme superficielle ne touche que la partie sous-dermique du tissu sous-cutané et quelle que soit son étendue, le placard reste mince et n'adhère pas aux plans profonds. L'œdème soulève néanmoins la région, mais la palpation laisse percevoir une certaine mollesse bien différente de la dureté habituelle.

Une réaction ganglionnaire importante donne à l'allure clinique un aspect particulier, même en l'absence habituelle de toute suppuration ganglionnaire. Cette *forme avec ganglions* surcharge souvent les deux précédentes et peut suivre la même évolution favorable.

Il en est de même des *formes avec suppuration* localisée du tissu cellulaire où, après un temps relativement long d'évolution, on voit apparaître une ou plusieurs collections de petites dimensions. Cette forme est rare et située aux limites de la cellulite vraie. L'évolution est facilement bénigne.

Aux limites de la cellulite pure se place aussi la *forme anthracoïde.* C'est encore une forme exceptionnelle, la nécrose et la suppuration restant habituellement localisées au lieu même de la porte d'entrée ou à son voisinage immédiat. L'évolution de la maladie redevient ici sévère ; le facteur nécrotique restant insuffisant à extérioriser les microbes et les produits pathologiques, la cellulite poursuit son évolution jusqu'à la septicémie grave.

Au-dessus de la forme moyenne déjà habituellement fatale de la cellulite à staphylocoque de la face, se placent des formes d'une gravité encore accrue, la *forme suraiguë* et la *forme fulminante.*

Elles débutent souvent sur les paupières par un banal orgelet ou sur l'aile du nez par un simple point de folliculite. Le température est très élevée dès le premier jour et l'état général est d'emblée profondément impressionné. Une agitation fugace fait bientôt place à la somnolence, puis au coma. Il existe une discordance énorme entre les symptômes locaux et les symptômes généraux. Cette discordance s'atténue dès les premières heures dans la forme suraiguë où l'œdème et la cellulite des paupières et du nez progressent cependant vite. L'évolution suraiguë permet encore la constitution de la cellulite orbitaire et de la phlébite caverneuse, parfois même avec transmission au côté opposé ; son évolution peut cependant ne durer qu'une cinquantaine d'heures.

Dans la *forme fulminante,* si les paupières peuvent encore avoir le temps de s'œdématier après un orgelet hyperseptique, la cellulite et la phlébite caverneuse de s'installer, ces lésions extensives ne se produisent généralement pas dans la cellulite de l'aile du nez. Il n'existe là qu'un léger placard ne dépassant pas 2 ou 3 centimètres carrés et la mort se produit en vingt-cinq à trente-six heures dans une septicémie massive constatée dès la première élévation de température et dans une discordance totale entre les signes locaux très discrets et des symptômes généraux massifs avec hémoculture constamment et définitivement positive.

Une dernière forme clinique est la *forme à reprises,* dans laquelle l'évolution se fait en plusieurs fois séparées par des périodes d'amélioration locale et générale. La reprise se fait dans le foyer primitif même, une ou plusieurs fois. C'est une forme hésitante souvent créée par une thérapeutique insuffisante.

(A suivre.)

PRATIQUE MÉDICALE

Les extraits lipolytiques de foie
Leurs effets sur les ascites cirrhotiques

par le Dr G. Paloudier (1)

Dans cette thèse excessivement documentée faite dans les hôpitaux de Toulouse et de Montauban, et passée sous la présidence de M. le Prof. Roques, l'auteur donne les conclusions suivantes :

Sur 14 cas d'ascite cirrhotique traités par la biolipase, il a pu observer 9 succès et 5 échecs imputables à une infection intercurrente ou à une très grande insuffisance hépatique.

Dans les cas favorables, l'action de la biolipase sur les ascites et les œdèmes est manifeste. Elle influence favorablement l'activité de la cellule hépatique et semble augmenter la résistance des membranes endothéliales aux transsudations plasmatiques et chlorurées sodiques.

Elle élève la diurèse des insuffisants hépatiques à un taux élevé. Cette augmentation de la diurèse lente et progressive se maintient à un niveau relativement élevé, un certain temps, après l'arrêt des injections du médicament.

Dans bon nombre de cas, elle assèche les ascites, diminue les signes d'insuffisance hépatique, améliore l'état général.

Son innocuité, ses succès dans le thérapeutique des ascites, permettent de la préférer aux diurétiques mercuriels et de la recommander dans le traitement des ascites cirrhotiques et les cirrhoses, ce qui confirme les travaux si importants du Professeur Fiessinger.

(1) Thèse de la Faculté de Médecine de Toulouse, 1939.

Mariage et stérilité, les problèmes moraux de la continence périodique, par le Dr Michel Guérin. Un vol. de 209 pages avec 9 figures. Prix : 20 fr. A la Librairie Amédée Legrand, à Paris, 1938.

CHRONIQUE

HISTOIRES DE FANTOMES

Par L. Babonneix

Depuis le festin de Balthasar (1), les histoires de fantômes n'ont jamais cessé de hanter les imaginations, qu'ils soient tragiques comme chez Virgile (2), Shakespeare (3), Gœthe (4), Edmond Jaloux (5), mélancoliques comme chez Victor Hugo (6), ou grotesques comme chez Oscar Wilde (7) et chez l'auteur de *Fantômes à vendre*. Est-ce de ces fantômes, qui, tous, « vivent leur vie » sans dépendre de personne qu'il s'agit dans le livre que publie aujourd'hui M. J. Lhermitte (8)? Nullement, mais de ceux qui, sous les aspects les plus divers, font en quelque sorte partie de notre propre substance, émanent de notre moi profond, lui restent toujours rattachés par un lien plus ou moins ténu et sont en constantes relations avec l'*image de notre corps*.

Qu'est-ce que cette image ? C'est « le sentiment complexe, mais fort et toujours présent à la frange de la « conscience, de notre personnalité physique », une représentation de notre « corps de chair », de ses membres au repos ou en action, de ses attitudes, de sa situation dans l'espace. C'est le *schéma postural* de Head, le *schéma corporel* de Schilder, *l'image de soi* de van Bogaert, l'*image du moi corporel* de J. Lhermitte, la *somato-psyché* de Wernicke-Förster, l'*image corporelle* des Américains et des Anglais, entrevue par Krishaber dès 1872 (9), et par H. Taine (8), découverte, en 1893, par P. Bonnier (10), inventeur de génie mais auteur difficile, pour qui à l'origine de toute activité se trouve la notion d'espace. *Espace vital*, assurément, puisque, sans lui, il ne peut y avoir d'orientation ni subjective ni objective, ce qui ne va pas sans déclancher quelques troubles lorsqu'elle est elle-même altérée !

Cette image de notre corps, que l'on n'apporte pas avec soi à la naissance, mais qui, peu à peu, se façonne, se développe et s'enrichit, quels en sont les éléments constitutifs ?

Les uns sont d'ordre sensitif, qu'il s'agisse de sensibilité profonde ou de sensibilité superficielle.

A la formation des premiers (*sens postural*) contribuent, d'une part, les sensations musculaires permettant la localisation précise tant de la région sur laquelle porte le stimulus (Angriffspunkt) que de l'endroit exact où se trouve le segment du corps au moment où a eu lieu l'excitation (H. Head), et, de l'autre, des sensations arthrocinétiques.

Quant aux seconds, ils sont d'ordre : 1° douloureux, toute éducation, chez le jeune enfant, se faisant par la douleur (Preyer) ; 2° tactile, notre schéma corporel s'édifiant et se perfectionnant grâce aux apports à lui fournis par les impressions qu'a recueillies cette sorte de sensibilité, et, peut-être, 3° psychanalytique.

Les autres sont d'ordre sensoriel.

Toute impression est, en effet, comme l'a démontré M. J. Lhermitte, intégrée dans la représentation visuelle que nous nous formons de notre corps, à la frange de notre conscience. Non moins important est le rôle que joue le nerf vestibulaire, qui nous renseigne sur notre position par rapport aux objets du voisinage, sur nos attitudes, sur nos mouvements, sur nos déplacements, sur notre orientation objective et qui est véritablement le *nerf de l'espace* (P. Bonnier), dans ses origines, dans son trajet et, peut-être même, dans ses terminaisons.

Voilà donc constituée notre image de soi, image qui n'est nullement fixe, « indéformable », *ne varietur*, mais, bien au contraire, essentiellement plastique, susceptible d'appauvrissements comme d'enrichissements, capable de s'adapter aux circonstances, en perpétuel devenir. Elle intervient dans la plupart des processus psychiques : idéation, jugement, volonté, mémoire, sentiments affectifs, elle est à l'origine de tous nos actes, elle contribue à donner à chacun de nous sa personnalité (1). Elle permet l'appréciation des œuvres picturales ou sculpturales, à la base desquelles on trouve toujours un ensemble de formes ou de structures (Gestalten) : c'est ainsi qu'en peinture, elle facilite l'interprétation des trois principes fondamentaux de Berenson : les valeurs tactiles, le mouvement et la composition dans l'espace. Allons plus loin : sans image de soi, pas d'image d'autrui, pas d'image de l'univers, et, par suite, plus d'art possible. N'a-t-elle pas, bien souvent, inspiré un Wagner (2), un Eugène Carrière, un Léon Lhermitte, un Puvis de Chavannes, pour ne parler que des contemporains ? Et n'est-ce pas elle, plus encore que Dame Nature, qui pourrait dire à Corot :

> Je te donne la fleur et l'herbe avec la branche,
> La colline onduleuse et le lac apaisé
> Et la brume légère où la nymphe est si blanche
> Qu'elle s'évanouit dans l'air vaporisé (3).

Comme pour les autres *mécanismes du cerveau*, les rouages qui, en tournant normalement, font apparaître plus ou moins distincte à notre conscience, cette image de soi considérée comme un tout (*as a whole*), peuvent se dérégler, que certaines parties de nous-mêmes tiennent trop de place (*hyperschématie*), en tiennent trop peu (*hyposchématie*), tiennent une place qui n'est pas la leur (*paraschématie*) ou que le schéma soit complètement désorganisé (*aschématie*) (P. Bonnier).

---

(1) *La Sainte Bible*. Daniel, V.

(2) Virgile, Géorgiques, I, 477-478.

(3) Shakespeare. Hamlet, prince of Denmark, acte I, 1er tableau. Sur la terrasse d'Elseneur, premier tableau, scène première et cinquième tableau, scène V.

(4) Gœthe. Le roi des aunes. *Poésies. Ballades*. Weimar, 1780.

(5) Edmond Jaloux, Nouvelles histoires de fantômes anglais. Paris 1939, NRF.

(6) Victor Hugo. *Les Orientales*. XXXIII. Fantômes.

(7) Oscar Wilde, The Canterville ghost, in Lord Arthur Savile's crime.

(8) Jean Lhermitte. L'image de notre corps. Collection : Connaissance de l'homme, *Editions de la nouvelle Revue critique*. Paris, 1939, in-8° de 254 p.

(9) M. Krishaber. Névropathie cérébro-cardiaque. *Gazette hebdomadaire*, 1872, mai et suivants. — In-8°, 1873. — Article cérébro-cardiaque (Névropathie) *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, Paris, 1873, p. 100-142.

(9) P. Bonnier, Vertige. *Collection Charcot-Debove*. in-18, 208 p., 1893. L'aschématie. *Revue neurologique*, 1905, p. 54.

(10) H. Taine. *De l'intelligence*. Paris, 1903, 10e Edition. — Cf. particulièrement, au tome II, le Livre troisième : La connaissance de l'esprit. Chapitre premier. La connaissance de l'esprit, p. 201-245 et Note sur les éléments et la formation de l'idée du moi, p. 465-474. Les grammairiens ne manqueront pas de faire observer que le mot idée dérive du mot εἶδος qui signifie image, et que l'*idée de moi* si bien analysée par Taine n'est autre que l'*image de moi*, « dedans stable » (p. 215), qu'on peut définir : « une série d'événements et d'états successifs... liés entre eux, provoqués par certains changements de mon corps et des autres corps... » p. 207.

(1) Cf. Taine, *loco citato*, p. 202 : « L'idée de nous-mêmes est comprise dans tous nos souvenirs, dans presque toutes nos prévisions, dans toutes nos conceptions ou imaginations pures. »

(2) Cf. P. Bonnier, Paris. *Revue wagnérienne*, in P. Bonnier, Vertige. Paris, in-18, 1893, p. 52.

(3) Henri de Regnier. Médaillons de peintres, *Vestigia flammæ*, Paris, 1921, in-18, p. 225-226.

C'est au premier groupe que ressortissent les hallucinations des amputés, signalées, dès le XVIe siècle, par Ambroise Paré (1), au chapitre intitulé : *Signes de la mortification parfaite*, et au sujet desquelles s'affrontent deux théories, l'une les rattachant à l'excitation du moignon (Descartes, O. Förster, R. Leriche), l'autre, à un trouble « central », qu'on peut attribuer, avec les réserves d'usage, à une lésion des deux circonvolutions pariétales inférieures, de la bandelette visuelle sensorielle (Elliot et Smith) qui en longe le fond, et de leurs plis de passage avec les 1re et 2e circonvolutions temporales (gyrus angulaire et gyrus supramarginal). Des arguments puissants militent en faveur de cette dernière hypothèse : précocité d'apparition du membre fantôme, alors que le gliome du moignon n'a pas encore eu le temps de se constituer, inconstance des résultats favorables obtenus par l'excision du même moignon, présence de ces membres fantômes chez des sujets n'ayant subi aucune amputation, mais qui sont porteurs de lésions plexuelles, médullaires ou cérébrales, vérifiées à l'opération ou à l'autopsie.

Dans le second, où l'image corporelle ne fonctionne plus, est, pour ainsi dire, inscrite au chômage, où, selon l'expression de M. André Gide, elle n'est plus que « l'image de ce moi mutilé », rentrent les cas d'*anosognosie* d'Anton et de Babinski, d'*atopognosie* de Pick, d'*asomatognosie totale* et certaines *apraxies*. Dans la première, le malade pourrait, lui aussi, être appelé *L'indifférent;* il ne s'intéresse plus au membre paralysé, qui, déclare-t-il, n'est pas à lui; dans la deuxième, il ne peut préciser l'endroit où il a été touché; dans la troisième, qui se confond avec l'*acœnesthésie* de Denis et P. Camus, il y a évanouissement de l'image corporelle : le type en est fourni par le malade (obs. 38) de Krishaber, auteur injustement oublié par la plupart des spécialistes de la question (2), (in Hippolyte Taine, *De l'intelligence*, Paris, 1903, 10e édition, II, p. 472) qui écrit : « Dans les premiers temps et aussi après « mon attaque, il m'a semblé que je n'*existais plus*, que « je n'*existais pas* »... Dans la quatrième, « l'étude impartiale des symptômes permet bien souvent de reconnaître, avec un déficit moteur, un déficit non moins net de la fonction gnosique ».

Dernier groupe de faits : ce sont ceux où l'image de soi s'émancipe au point « de se doubler d'une image similaire qui se présente alors au sujet comme un double de lui-même ». Quels meilleurs exemples peut-on donner de ces *phénomènes héautoscopiques* développés à la faveur d'un assoupissement de la conscience, tel qu'il apparaît dans les états hypnagogiques ou oniriques, que ces *hallucinations spéculaires* ou *autoscopiques* de grands poètes : Goethe, A. de Musset, Gabriele d'Annunzio, Edgar Poe ? Sans doute, ont-ils été constatés chez des malades : paralytiques généraux, dont le plus célèbre est Guy de Maupassant, épileptiques, déments précoces, sujets porteurs de lésions cérébrales en foyer, etc. Mais ils peuvent aussi survenir chez les sujets les plus normaux. Le grave M. Taine ne les a-t-il pas observés sur lui-même, puisque « à la fin d'un rêve, *sa* propre image *lui* apparut ? » A ces phénomènes héautoscopiques se rattachent sans doute certains cas de possession démoniaque, dont l'un, intitulé : *Cas Sybille*, concerne une jeune fille jadis atteinte d'encéphalite léthargique qui, se croyant en butte aux attaques du Malin et craignant d'éprouver dans ses bras « un joyeux desplaisir et un honteux contentement », alla consulter un occultiste, qui la renvoya à un exorciste, qui, enfin, la dirigea sur l'aliéniste. Nombre d'observations de « dédoublement de la personnalité », de « dépersonnalisation », si bien analysées par Krishaber et par H. Taine (p. 225), de transformation corporelle (cf. Taine, p. 229), avec ou sans vision de « corps astral » et, peut-être même, certains syndromes de Cotard, avec délire d'énormité, rentrent dans cette catégorie.

Avec une *image de soi* aussi bien présentée, et qui, tel le peyotl, nous « fait les yeux émerveillés », quelle jolie *image de lui* ne pourrait-on esquisser de M. J. Lhermitte, et comme on comprend que cette tâche ait séduit un Gustave Roussy (1), un Philippe Pagniez (2), un Lévy-Valensi (3) ! Dans ce nouveau volume, nous le retrouvons tout entier, avec ses prestigieuses qualités : l'érudition « qui embrasse tout, l'antique comme le moderne » ; une fabuleuse mémoire, à laquelle le passé est toujours présent ; un vif sentiment de l'art, lié, sans doute, selon les plus pures lois mendéliennes, à quelque « caractère dominant »; le talent de construire, avec des histoires irréelles de fantômes, la plus solide des réalités en rassemblant tous ces *moi* jusqu'alors épars, depuis le moi primaire (das primäre Ich) jusqu'au moi pensant (das denkende Ich) ou psychique (das geistige Ich), en passant par le moi corporel (Körper Ich), le moi actif (das wirkliche Ich) et le moi central (zentral Ich), sans oublier le moi primitif (Ur Ich), ni la collection des moi psychanalytiques, libidineux et narcissiques...; la subtilité, qui n'est pas sans charmes, encore que, par endroits, elle donne un peu le vertige; la *bona mens*, chère à René Descartes; l'ardeur combative, qui n'exclut nullement, d'ailleurs, « le don particulier de plaire, de charmer, de séduire ». Comme Renan, il excelle à persuader. Ne semble-t-il pas, avec l'auteur des *Contemplations*, inviter le lecteur à la contemplation de lui-même ? Ne lui dit-il pas, lui aussi : « Ma vie est la vôtre : « votre vie est la mienne, vous vivez ce que je vis ; la destinée est une. Prenez donc ce miroir et regardez-vous y ? »

(1) Ambroise Paré. *Œuvres complètes*, Edition Malgaigne, Paris, 1840, II.

(2) Voici quelques extraits de l'article de Krishaber, dans la *Dictionnaire encyclopédique* : « Un malade formule cette phrase étrange et d'apparence toute vésanique : « Il me semble que je ne suis plus moi-même », (p. 103)... A toutes ces sensations morbides se joint un état particulier qui consiste à se croire que son corps est enveloppé de milieux isolants qui s'interposent entre lui et le monde extérieur (p. 107). Quant à la vue, elle a subi des modifications multiples : tel malade se regarde dans une glace avec étonnement comme s'il ne pouvait se reconnaître: tel autre a horreur de son image, qui lui représente un être différent de l'idée qu'il a de lui-même... Il trouve hommes et choses étranges, insolites; il est étonné, toujours étonné, il lui semble parfois « être transporté sur une autre planète » (p. 107). A noter aussi des « aberrations sensorielles multiples qui conduisent à des conceptions étranges, l'un nous dit qu'il lui semble ne pas être lui-même, l'autre exprime la même sensation par ce terme : « J'ai perdu la conscience de mon être »; à celui-ci il semble qu'il est double ou qu'il n'existe pas, la phrase qui revient le plus souvent est : « Je ne suis pas moi-même » (p. 108). 38 observations personnelles sont résumées à la fin de l'article.

(1) Gustave Roussy, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 27 juin 1939, p. 877-878.

(2) Philippe Pagniez, *Presse médicale*, n° 55, 12 juillet 1939 p. 1115.

(3) Lévy-Valensi, *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 15 juillet 1939, p. 370.

La dépression constitutionnelle, l'ancienne neurasthénie dans ses rapports avec la médecine générale, clinique, biologique, thérapeutique, par R. Montassut, avec une préface du Professeur Henri Claude. Un vol. de 210 pages, prix : 45 francs. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

Traité pratique de Curiethérapie, curiethérapie en gynécologie, par P. Degrais et A. Bellot. Un vol. grand in-8, de 104 pages. Prix : 25 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1939.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

Séance du 24 février 1939

Les « plâtres fermés » dans les plaies de guerre avec ou sans fractures. — MM. R. Dieulafé et A. Baudet, ayant eu l'occasion d'examiner un certain nombre de blessés espagnols réfugiés en France n'ont vu que deux suppurations sérieuses ayant nécessité l'une un Chopart, l'autre des incisions de débridement. Cette méthode qui permet une immobilisation rigoureuse et des pansements rares a néanmoins quelques inconvénients : Tendance à la cavité close, difficulté de surveillance du membre, lésions cutanées par macération, etc. Les auteurs ne la rejettent pas systématiquement et estiment qu'elle mérite de retenir l'attention.

Une longue et intéressante discussion suit cette communication. Ce qu'il serait intéressant de connaître ce sont les résultats immédiats d'une pareille méthode. Il est certain que la plupart des blessés arrivés à Toulouse ont échappé aux dangers infectieux immédiats.

Quelques médecins Espagnols réfugiés qui assistent à la séance indiquent que les accidents infectieux sont rares et de toute façon peuvent être jugulés dès leur apparition par les moyens habituels (ablation du plâtre, débridement, etc.), mais dans la très grande majorité des cas les suites sont excellentes. Dans les fractures ouvertes un très large épluchage était effectué puis la plaie pansée à plat et après réduction un plâtre fermé effectué. La consolidation leur paraît particulièrement bonne et rapide. Cette méthode a permis un transport facile à grande distance. La très grande majorité des blessés reçus ne souffrant pas de leur fracture bien immobilisée pouvaient en effet marcher avec leur plâtre et beaucoup de blessés présentant des fractures ouvertes de jambe ont passé la frontière non couchés mais marchant.

Il est certain que cette méthode heurte nos conceptions chirurgicales; cependant on doit lui accorder quelques réflexions. Elle peut retenir dans une certaine mesure notre attention en tout cas elle mérite mieux que d'être rejetée sans discussion car elle soulève de très intéressants problèmes concernant l'intérêt de l'immobilisation immédiate et rigoureuse, les pansements rares, les inconvénients de la mobilisation même minime des fragments lors des pansements et l'éventualité toujours possible d'une infection secondaire de cette fracture laissée à l'air libre.

L'opération de Gatze ou Kraske élargie. — M. Ducuing montre les indications, la technique et les résultats de cette opération qui lui a donné de beaux succès opératoires.

Séance du 31 mars 1939

Sarcome d'Ewing de la colonne vertébrale. — MM. Virenque, Cahuzac, Géraud et Courty.

Rupture de la rate par traumatisme minime et méconnu. — MM. P. Danbrin, J. Estrade, A. Bazex.

Plastie cranienne par homoplaque osseuse stérilisée (présentation du malade). — MM. P. Dambrin, J. Estrade.

La médication antispasmodique dans les suites opératoires. — M. P. Dambrin.

Présentation d'observations de plâtres fermés. — MM. R. Dieulafé et A. Baudet.

Séance du 28 avril 1939

Allocutions de M. J. Ducuing, président sortant, et M. Miginiac, nouveau président.

Ulcères de la face postérieure de l'estomac. — MM. J. Ducuing et P. Fabre.

Ulcère perforé de la petite courbure, gastrectomie. — M. Grimaud.

Kystes de la face inférieure du foie. — M. P. Fabre.

Trois cas de sympathectomie poplitée et un cas d'artériectomie importante de l'artériographie. — MM. P. Dambrin et J. Estrade.

Quelques applications aux plexus sympathiques viscéraux des méthodes de phénolisations et de novocaïnisation. — M. P. Dambrin.

LIVRES NOUVEAUX

Physiologie du tissu osseux, par E. Leriche, professeur au Collège de France (Un volume de 412 pages, avec 65 fig. Prix : 100 francs. Masson, éditeurs, Paris).

L'idée fondamentale de ce livre, qui reproduit le Cours de Médecine du Collège de France de l'année 1938, est de montrer le tissu osseux comme une unité physiologique au service du milieu intérieur.

Du point de vue de la vie, on doit le considérer, avant tout, comme une réserve interposée entre le calcium digestif et le calcium tissulaire, réserve sans laquelle la vie n'aurait ni son équilibre, ni son harmonie, sans laquelle notre sensibilité, et peut-être nos sensations, n'auraient pas une valeur propre.

Puisque le tissu osseux est un dépôt dans lequel nous puisons sans cesse, pour maintenir l'équilibre du milieu intérieur, le phénomène fondamental de la vie du tissu osseux est l'incessante usure de ce dépôt, principalement sous l'action de l'hormone parathyroïdienne. Mais, par une fixation calcique équivalente, une formation nouvelle de substance osseuse répare aussitôt la résorption physiologique.

Dans le tissu osseux, le mouvement est donc incessant : destruction, reconstruction. C'est cela même qui en est la vie.

Mais s'il apparaît un trouble dans ce rythme qui est l'ordre de la vie osseuse, si la prise est plus abondante qu'elle ne devrait être, ou si l'apport de la substance de réparation n'est pas en quantité suffisante, l'os se raréfie. Et l'auteur étudie ainsi les nombreuses circonstances de la pathologie où se voit une raréfaction en montrant comment elle se fait.

Dans une seconde partie, il examine les conséquences de ces ostéolyses, phénomènes premiers de presque toutes les maladies des os.

Les éléments calciques libérés ont un sort variable. Ou bien ils restent sur place à l'état de dépôts calcifiés, isolés, d'infiltration interstitielle, soit dans les parois artérielles, soit dans le derme, soit dans les ganglions, ou bien ils servent à reconstruire de l'os à côté de l'endroit où ils ont été libérés, et ceci est l'occasion d'une étude générale de l'ostéogénèse et de ses mécanismes en toutes circonstances expérimentales, cliniques et chirurgicales. Enfin, parfois, les éléments calciques sont éliminés, et les voies d'élimination peuvent en subir quelques dommages. Les maladies du tissu osseux intéressent de ce chef, bien autre chose que le squelette.

En somme, dans ce livre est examiné, sous un jour absolument neuf, et à l'aide de documents expérimentaux et cliniques personnels, le dessin de la vie osseuse normale et pathologique. Le problème des maladies du squelette et de leurs conséquences tissulaires est ainsi vraiment renouvelé.

INFORMATIONS

(suite de la page 1130)

M. le docteur Cuttoli, médecin chef de l'hôpital civil d'Ajaccio; M. le docteur Daux, médecin à Terrasson; M. le docteur Debenais, à la Roche-Chalais; M. le docteur Delage, médecin du bureau d'hygiène, du bureau de bienfaisance et de l'assistance médicale gratuite de Levallois-Perret; M. le docteur Delmas, médecin de l'hôpital de Sarlat; M. le docteur Deloulay, médecin des dispensaires antituberculeux à Châteauroux; M. le docteur Demay, médecin à Valence; M. le docteur Douady, médecin directeur du sanatorium des étudiants de France à Saint-Hilaire-du-Touvet; M. le docteur Duchein, chirurgien en chef de l'hôpital de Sedan; M. Fauverghe, médecin des hôpitaux de Roubaix et du centre antivénérien; M. le docteur Feillard, médecin de l'hôpital civil de Brest; Mlle Forgeot, médecin directeur du bureau municipal d'hygiène à Saint-Dizier; M. le docteur Garnier, président d'honneur du syndical médical Anger-campagne; M. le docteur Gérard, médecin chef de l'hôpital-hospice de Foucharupt à Saint-Dié; M. le docteur Gelly, médecin stomatologiste et chirurgien dentiste à Paris; M. Goullet, docteur en médecine à Paris; M. le docteur Gourcon, médecin de l'hôpital-hospice de Cognac; M. le docteur Hagenmuller, médecin instructeur des élèves sanitaires de la société Samaritaine des ouvriers de Mulhouse; M. le médecin lieutenant-colonel Hombourger, de la direction de service de santé au ministère de la défense nationale et de la guerre; M. le docteur Herviault, médecin-chef du dispensaire d'hygiène sociale de l'hôpital de Paimpol; M. le docteur Jaliot, chirurgien de l'hôpital Daudier à Rénazé; M. le docteur Jomain, chef de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Paris; M. le docteur Jouet, chirurgien en chef de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'institution nationale des jeunes aveugles à Paris; M. le docteur Lacroix, assistant titulaire de l'université de Strasbourg; M. le docteur Lamare, chirurgien de l'hôpital et de la maison de retraite de la Légion d'honneur à Saint-Germain-en-Laye; M. Lanselle, médecin à Paris; M. le docteur Larget, à Saint-Germain-en-Laye; M. le docteur Le Maux, médecin chef de service à la maison de santé interdépartementale de Clermont; M. le docteur Le Moine, chirurgien à Brive; M. le docteur Limouzi, médecin à Orléans; M. le docteur Lorcin, médecin-chef du sanatorium de Chavanne; M. le docteur Mangin-Bocquet, membre de la commission d'hygiène du huitième arrondissement à Paris; M. le docteur Massip, médecin de la préfecture de police et du chemin de fer métropolitain, des postes, télégraphes et téléphones à Paris; M. le docteur Maurellet, docteur en médecine à Bry-sur-Marne; M. le médecin capitaine Menet, à Paris; M. le docteur Meyer, médecin assistant de l'hôpital Laënnec, Paris; M. le docteur Michel, à Crépieux-la-Pape; M. le docteur Midon, médecin spécialisé de l'office d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle à Nancy; M. le docteur Morin, membre de la commission d'hygiène à Paris; M. le médecin capitaine Muranet, chirurgien à l'hôpital militaire de Sétif (Constantine); M. le docteur Nast, directeur fondateur de la maternité de Chelles; M. le docteur Passot, secrétaire général du syndicat des médecins du Rhône, à Lyon; M. Pavillard, médecin de colonisation, à Palikao (Oran); M. le docteur Peyre, pharmacien à Paris; M. le docteur Pignede, médecin-chef de service à la maison de santé interdépartementale de Clermont; M. le docteur Pillouard, médecin inspecteur du premier âge à Mainneville; M. le médecin commandant Pinart, à Saint-Brieuc; M. le docteur Poirier, médecin inspecteur des enfants du premier âge à Couture-sur-Loir; M. le docteur Poujol, médecin de colonisation en retraite à Nice; M. le docteur Poussard, médecin-chef de l'hôpital départemental de Rueil-Malmaison; M. le docteur Redon, chirurgien des hôpitaux de Paris; M. le docteur Renault, médecin de l'assistance publique, à Paris; M. le docteur Robin, médecin de l'hôpital de Sainte-Marie, à Paris; M. le docteur Rœderer, médecin chargé du service d'orthopédie à l'asile national des convalescents de Saint-Mandé; M. le médecin principal Rossi, de l'A. M. I. en Afrique occidentale française; M. le docteur Rouanet, chirurgien de l'hôpital de Moissac; M. le docteur Roueche, vice-président de la mutualité maternelle de Paris; M. le docteur Roy, professeur à l'école de médecine et de pharmacie de Tours; M. le docteur Rozoy, médecin du dispensaire antituberculeux de Charleville; M. le docteur Rubin, médecin de l'hôpital national Dufresne-Someiller, à Saint-Jeoire-en-Faucigny; M. le docteur Sabourin, chirurgien assistant de l'hôpital Saint-Louis à Paris; M. le docteur Saint-Paul, médecin de l'hôpital-hospice de Niort; M. le docteur Sauzay, directeur du bureau municipal d'hygiène à Bône; M. le docteur Schwob, médecin instructeur des élèves samaritains de la société samaritaine des ouvriers de Mulhouse; M. le docteur Souffrain, médecin adjoint des hôpitaux de Troyes; M. le docteur Teyssandier, membre de la commission de la natalité et de protection de l'enfance à Luçon; M. le docteur Tissot, vice-président du conseil départemental d'hygiène à Annecy; M. le docteur Vaurs, professeur à l'école de médecine de Clermont-Ferrand; M. le docteur Vigneron, médecin adjoint de l'hôpital de Blois; M. le docteur Vuilleme, membre de la commission consultative de l'asile national du Vésinet; M. le docteur Waitz, professeur agrégé à la faculté de médecine de Strasbourg; M. le docteur Winisdoerffer, membre du comité directeur du dispensaire antituberculeux de Benfeld; M. le docteur Barlet, anesthésiste à l'hôpital français de Londres, médecin expert au consulat général de France à Londres; M. le docteur Battier, directeur du sanatorium de Boulou-les-Roses; M. le docteur Breton, interne des hôpitaux de Paris; M. le docteur Caraguel, vice-président de la section des combattants républicains de Fez; M. le docteur Frinault, radiographe et chirurgien adjoint de l'hôpital de Laigle; M. le docteur Henry, chirurgien de l'hôpital de Mortagne; Mlle le docteur Kapp, médecin à Paris; M. le docteur Latour, médecin à Paris; M. le docteur Paris, médecin à Paris; M. le docteur Villatte, médecin à Salignac (Dordogne).

Nécrologie

Nous apprenons avec une peine bien vive le décès de notre très cher collaborateur et ami le docteur Paul Camus, médecin de l'hospice de Bicêtre. Il était le frère des regrettés Lucien et Jean Camus, membres de l'Académie de Médecine.

Suivant le désir formel exprimé par notre ami, nous ne publierons pas de notice nécrologique.

Que Mme Paul Camus, si cruellement éprouvée, veuille bien trouver ici l'expression de notre très profonde et respectueuse sympathie. L. B. et F. L. S.

— Le docteur Gilbert Raymondaud, ancien interne des Hôpitaux de Paris, directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Limoges.

— Le docteur Pierre Blazy, à Saint-Jean-de-Luz.

Le docteur Quintero, de Lyon.

Nous adressons à son fils, le Dr James Quintero, et à son gendre, le Prof. G. Mouriquand, l'expression de nos sincères condoléances.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 69. — MERCREDI 30 AOUT 1939. 112e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

Tabes et asthéno-manie, par M. R. BENON.

Congrès.

XXIIe Congrès de médecine légale et de médecine sociale de langue française, par M. Henri DESOILLE.

Hygiène publique.

Comité permanent de l'Office international d'Hygiène publique.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Société de Neurologie.

Livres nouveaux.

Pratique Médicale.

Notes pour l'Internat.

Formes cliniques de l'insuffisance surrénale, par M. G. LE SUEUR.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Lyon s'ouvrira le lundi 27 novembre.

Inscription jusqu'au vendredi 10 novembre 1937, à 11 heures du matin, au bureau du personnel médical, 3, quai des Célestins, à Lyon.

Hôpitaux psychiatriques. — Un poste de médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique départemental de la Seine-Inférieure est actuellement vacant par suite du départ de M. le docteur Usse, nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Braqueville.

Centre d'hygiène mentale de Marseille. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant au centre d'hygiène mentale de Marseille (poste créé).

Faculté de Médecine de Nancy. — Par décret, en date du 10 août 1939, rendu sur le rapport du ministre de l'Education Nationale, le titre de professeur honoraire de la faculté de médecine de l'université de Nancy est conféré à M. Jeandelize, professeur d'opthalmologie à cette faculté, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Facultés de pharmacie. — Un décret en date du 11 août 1939 (*J. Off.* du 19 août) porte création d'un diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.

Depuis 1898, il existait un diplôme d'université.

Ecole d'application du Service de Santé Militaire (Val-de-Grâce). — La chaire de « maladies et épidémies des armées et bactériologie » sera vacante, à la date du 30 décembre 1939, à l'école d'application du service de santé militaire à Paris.

Il sera procédé à la nomination du nouveau titulaire dans les conditions prévues par l'article 9 du décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'école d'application du service de santé militaire, modifié notamment par les décrets des 25 janvier et 11 février 1932.

Les demandes des candidats, revêtues des avis détaillés des autorités hiérarchiques devront parvenir au Ministère de la Défense Nationale et de la Guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel) le 1er octobre 1939, au plus tard.

Ministère des Colonies. — Liste des candidats autorisés à prendre part au concours qui sera ouvert le 11 septembre 1939 pour l'emploi de *médecin stagiaire du cadre français de l'assistance médicale de l'Indochine.*

Centre de Paris : MM. Dang-Van-Ho, Gordowski (André), Nguyen-Van-Thuan, Ton-That-Hoat.

Centre de Bordeaux : MM. Saint-Macary (Pierre), Marton (Jean-Jacques).

Les intéressés sont autorisés à concourir sous réserve des résultats de l'enquête réglementaire et de la production des pièces qui font défaut à leur dossier.

Marine Militaire. — Un concours réservé exclusivement au recrutement du Corps de Santé de la Marine Militaire sera ouvert le mardi 7 novembre 1939, à Toulon, pour l'admission directe de médecins et de pharmaciens-chimistes de 2e classe du cadre actif (grade de lieutenant).

Conditions exigées : Etre français ou nationalité française, être possesseur du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de pharmacien ; avoir moins de 29 ans au 1er janvier 1939 (limite prorogée, le cas échéant, de la durée du service militaire) ; être physiquement apte au service armé à la mer ; souscrire l'engagement de servir pendant six ans au moins dans le Corps de Santé de la Marine.

Les demandes d'admission au concours doivent parvenir avec pièces à l'appui avant le 7 octobre 1939 au Ministère de la Marine, Direction Centrale du Service de Santé, 13, rue de l'Université, à Paris. L'instruction portant règlement du concours sera remise aux candidats qui en feront la demande à l'adresse ci-dessus indiquée.

N. B. — Les étudiants en médecine parvenus au terme de leurs études, mais non encore titulaires du diplôme de docteur, pourront être admis à concourir, leur admission restant subordonnée à la production de ce diplôme.

Le 75e anniversaire de la Convention de Genève. — C'est le 22 août 1864, que fut établie la Convention de Genève. L'idée en était venue à deux grands citoyens suisses : Henry Dunant et le général Dufour, à la vue des souffrances endurées par les blessés de la bataille de Solférino. Grâce à leurs efforts persévérants, ces deux hommes obtinrent la création de la Croix-Rouge.

Le 22 août 1939, le 75e anniversaire de la Convention de Genève a été célébré solennellement à Genève. Il faut, à ce propos, signaler l'initiative du gouvernement fédéral, initiative extrêmement importante dans les circonstances actuelles. Il s'agit — ainsi que beaucoup de Français l'avaient déjà réclamé — d'étendre aux populations civiles la protection de la convention.

La généreuse pensée du gouvernement suisse a trouvé immédiatement des échos comme le témoigne le communiqué ci-dessous que nous recevons de Luxembourg.

Pour la révision du droit de la guerre. — Le Comité International d'Information et d'Action pour la Protection de la Population civile en temps de guerre nous adresse le communiqué suivant à propos de l'initiative du gouvernement Suisse en vue de la révision de la convention de Genève.

« Le Comité International constitué à Luxembourg, le 4 juillet 1938, sous la Présidence de Son Altesse Royale le Prince de Luxembourg, a pris connaissance avec une vive satisfaction du projet du Gouvernement fédéral de convoquer prochainement une conférence diplomatique pour la révision et la conclusion d'accords relatifs à la Croix-Rouge.

Le Comité de Luxembourg, issu lui-même d'un vaste mouvement pour l'humanisation de la guerre, accueille avec reconnaissance cette noble initiative qui, en déterminant une révision du droit de la guerre, fera accomplir à l'humanité de nouveaux progrès.

Il espère que les Gouvernements et l'opinion publique dans les différents pays apporteront leur appui efficace à ce généreux effort sans l'accomplissement duquel une grave menace continuerait à peser sur le sort de la civilisation tout entière ».

Mission. — Le docteur Ho Dac Di, médecin de l'assistance médicale en Indochine est placé en position de mission pour suivre en France un stage de perfectionnement d'un an en chirurgie orthopédique et traumatologie. (Service du professeur Mathieu à l'hôpital Cochin.)

Voir la suite des Informations, page 1157.

CHRONIQUE

La 7e Fête d'Eté de l'Assemblée Française de Médecine générale. — La 7e Fête d'été organisée à La Rochelle, par la section Saintongeaise de l'Assemblée française de médecine générale, sous la présidence de M. le Médecin Inspecteur général Rouvillois, fut l'occasion de brillantes « Assises du Souvenir », consacrées à faire ressortir à l'occasion d'études historiques sur La Rochelle, l'entente française actuelle dans « La Petite et la Grande Patrie ».

Le matin, nous sommes reçus au jardin des plantes, par le Docteur Loppe, à l'entrée du muséum qu'il dirige avec tant de compétence. Il nous rappelle l'intérêt que les médecins ont toujours porté à l'Histoire Naturelle, et il évoque les noms des plus connus d'entre eux, en France et dans notre région.

Au musée d'Orbigny-Benon, dont son Directeur, M. Rolland nous fait admirer les belles collections, le Docteur Barraud, de Chatelaillon, nous expose en un style vivant et convaincu la vie admirable du Docteur rochelais, Aimé Bonpland, pionnier de l'Amérique du Sud.

Au banquet de 150 couverts, que préside, avec son amabilité coutumière, M. le Médecin Général Inspecteur Rouvillois, de l'Académie de Médecine, assistent, M. le Médecin Général Inspecteur Sieur, Président de l'Académie de Médecine, le Docteur Debat, le généreux Mécène de notre Association, le Professeur Huguenin, le Docteur André Moulonguet, etc...

Après une visite fort intéressante de la ville sous la conduite du Docteur Bobrie, nous nous trouvons tous réunis dans la belle salle des fêtes de l'hôtel de ville de La Rochelle, fleurie et brillamment illuminée, où la municipalité nous accueille officiellement, avec le Docteur Delaunay, député de la Charente-Inférieure.

Le Docteur Torlais, de La Rochelle, y évoque spirituellement la vie et l'œuvre du grand médecin rochelais du 17e siècle, « Nicolas Venette » dont nous avons admirer le matin la maison, à la façade richement ornée de statues de médecins célèbres et d'inscriptions latines pleines d'humour et d'esprit.

M. Hector Talvart, Président de l'Académie de La Rochelle, vient ensuite en phrases chatoyantes et harmonieuses, nous dire la valeur intellectuelle et littéraire des artistes rochelais contemporains.

Enfin, notre secrétaire général, le Docteur Henri Godlewski, traite spécialement de la « Petite et de la Grande Patrie », il évoque la foi du Maire Guitton, le vaillant collaborateur de Catherine de Parthenay et de sa fille, la ténacité triomphante de Richelieu luttant pour l'unité française au siège de La Rochelle.

Cette fête d'été, organisée chaque année, par le Docteur R. Dubois de Saujon, délégué des Assises en Charente-Inférieure, est devenue la plus importante des réunions régionales, dans laquelle les médecins apportent une contribution collective aux efforts de l'élite pour la spiritualité française. R. Dubois de Saujon.


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
LES
2
MÉDICAMENTS
CARDIAQUES
ESSENTIELS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
Laboratoires DEGLAUDE, 15, Bd. Pasteur, Paris-XVe
Médicaments cardiaques spécialisés

TABES ET ASTHENO-MANIE

Paralysie générale ?

Par R. Benon

Médecin de l'Hôpital Psychiatrique de Nantes

La singularité du cas de tabes avec asthénie chronique de forme légère, que nous venons d'observer, nous incite à le relater. La connaissance que nous avons de l'asthénie nerveuse générale nous a permis de le préciser dans ses détails. Cette observation a donc d'abord un certain intérêt clinique d'autant qu'elle va de 1916 à 1937. Elle a, en outre, un intérêt thérapeutique, car pendant plus de vingt-six ans le patient, d'abord soigné énergiquement, n'a plus suivi aucun traitement antisyphilitique.

⁂

Clinique. — Il s'agit d'un homme âgé de 60 ans, en décembre 1937, qui a contracté la syphilis à 26 ans, en 1903, qui a été soigné de suite, avec méthode, pendant plus de six ans, qui a été considéré comme affecté de paralysie générale en octobre 1914 (idées de grandeur), qui était en vérité simplement tabétique, et enfin, qui n'a pas été soigné pour syphilis d'avril 1910, date de son mariage, à décembre 1937, date de nos derniers examens. A ce jour, il est atteint de tabes avec asthénie chronique, forme fruste.

Délire de grandeur et paralysie générale. — En octobre 1914, ce malade a présenté un délire de grandeur et a été dit paralytique général. Quelle est la valeur clinique et aussi quelle est la signification des idées mégalomaniaques dans la méningo-encéphalite diffuse paralytique ? Les idées de grandeur, lorsqu'elles coexistent avec des signes physiques précis (signe d'Argyll-Robertson, troubles des réflexes rotuliens, tremblement de la langue, dysarthrie, examen du sang et du liquide céphalo-rachidien à caractères morbides typiques) indiquent la paralysie générale, mais non pas dans tous les cas : il est indispensable, croyons-nous, de constater, en même temps l'affaiblissement global des facultés mentales, spécialement la perte de la mémoire et des idées (troubles du jugement et du raisonnement). Que signifient les idées de grandeur chez les paralytiques généraux ? Elles ne sont pas en réalité du délire. Elles traduisent seulement un état hypersthénique ou maniaque, intense ou atténué. Et toujours, elles sont précédées d'un syndrome hyposthénique ou asthénique. De telles notions sont capitales pour aboutir à un diagnostic précis. Lorsque nous avions examiné la première fois notre malade en mars 1916, nous avions été frappé par la relativité de l'affaiblissement intellectuel. A ce moment, il n'avait plus d'idées de grandeur, mais il était hyposthénique et l'asthénie psychique fut prise pour de l'affaiblissement mental.

Démence et asthénie. — La confusion de la démence et de l'asthénie est encore si commune de nos jours qu'il nous faut attirer l'attention sur l'erreur possible. Les anciens aliénistes (J.-P. Falret, Magnan) opposaient, si on peut dire, l'affaiblissement intellectuel global de la paralysie générale à l'affaiblissement intellectuel partiel des démences organiques autres que la démence paralytique. On se demande, après longues observations et réflexions, si ce que Magnan se plaisait à qualifier, dans les démences organiques non-paralytiques, affaiblissement partiel des facultés mentales avec conscience relative de sa situation, ne traduit pas avant tout des symptômes d'ordre asthéniques (asthénie psychique avec asthénie musculaire). La question de l'existence d'un affaiblissement intellectuel lacunaire dans les démences organiques non-paralytiques serait à revoir. Les Allemands et quelques Français appellent démence traumatique des cas qui sont purement et simplement de l'asthénie chronique, séquelle de traumatisme. La démence traumatique affaiblissement intellectuel sans asthénie nerveuse générale est tellement rare, même depuis la guerre, qu'il arrive qu'on se demande si elle a une individualité propre. Enfin, dans la démence précoce, ce qu'on a pris pour de la démence est de l'asthénie psychique (avec asthénie musculaire) : ce fait est pour nous démontré à ce jour. Lorsque l'asthénie coexiste avec la démence paralytique ou paralysie générale, elle doit s'accompagner de troubles nets du jugement et du raisonnement. Ce n'était pas le cas chez notre malade.

Asthénie et tabes. — Quelle est la fréquence de l'asthénie dans le tabes ? En une trentaine d'années, nous pouvons en avoir recueilli sept ou huit cas et c'est tout. La syphilis nerveuse qui évolue sous forme de tabes et de paralysie générale s'accompagne-t-elle toujours d'asthénie, fruste, ou moyenne, ou intense ? Nous le pensons pour la démence paralytique. Notre malade, tabétique en octobre 1914, était-il asthénique déjà avant août 1914 ? A-t-il fait de l'asthénie sous l'influence des fatigues de la guerre (marches épuisantes et privations du début de la campagne) ? S'il était asthénique avant août 1914, son asthénie a-t-elle été aggravée par les fatigues de la guerre ? On ne saurait dire. Ce qui est certain, c'est qu'il a fait de l'asthénie, puis de l'hypersthénie ou manie avec idées de grandeur. Et c'est parce qu'il exprimait des idées de grandeur, parce qu'il présentait un syndrome physique paralytique, parce qu'il était syphilitique, qu'il a été dit affecté de méningo-encéphalite diffuse paralytique. En réalité, il s'agissait simplement d'un tabétique faisant un accès d'asthéno-manie. La manie a duré trois ou quatre mois. Hyposthénique avant d'être hypersthénique, et on sait que ces deux états s'opposent signes pour signes, il est redevenu après l'état maniaque ou hypersthénique, un asthénique chronique de forme légère. Il n'a plus jamais présenté d'état maniaque : sinon il aurait été un périodique. De tels faits sont connus en neuro-psychiatrie. Mais en principe on les observe en dehors de toute affection lésionnelle. Le « dynamique », chez notre malade, s'associe à « l'organique ».

Paralysie générale en rémission. — Quelqu'un pourrait émettre l'idée que notre malade est affecté de paralysie générale tabétiforme en rémission. Il serait intéressant de savoir où en est la question de cette

variété de démence paralytique et de lire une revue sur ce point particulier de neurologie et de maladie mentale. Nous écartons ce diagnostic pour les raisons suivantes : premièrement, en mars 1916, le diagnostic de paralysie générale était douteux, parce que l'affaiblissement global intellectuel typique de la maladie était inexistant et parce que l'asthénie déjà était nette ; deuxièmement, de 1916 à 1937, le malade ne s'est jamais comporté comme un dément (perte des idées) ; troisièmement, en décembre 1937, l'examen spécial établit qu'il est un asthénique chronique depuis 1915, qu'il l'a toujours été très nettement et qu'il l'est actuellement ; enfin, les idées de grandeur d'octobre 1914-janvier 1915, s'expliquent rationnellement : un état hypersthénique a succédé à un état hyposthénique. Ce dernier fait s'observe dans la paralysie générale, mais alors, il y a affaiblissement global durable des facultés mentales.

Traitement. — Notre malade a contracté la syphilis à 26 ans, en novembre 1903. Il a été traité avec beaucoup de soin, semble-t-il, pendant trois ans, et suivi jusqu'en 1910, par un même médecin. De 1906 à 1910, il a reçu seulement quelques injections par intervalles. Il a été autorisé à se marier à 32 ans (1910). Il a deux enfants bien portants, mais sa femme a fait une fausse-couche (nous n'avons pas pu faire faire le Bordet-Wassermann de la femme, des deux enfants et des petits-enfants). Cet homme, de 1910 à 1937, n'a pas suivi de traitement antisyphilitique : son tabes ne s'est pas aggravé et son asthénie n'a pas augmenté d'intensité. Ajoutons qu'en 1932, il a eu à supporter de grosses difficultés financières et qu'au point de vue affictif douloureux, il n'en est résulté aucunes complications psychiques.

Nous n'avons pas pu connaître dans ses détails le traitement qui a été institué de 1903 à 1906. Il s'agissait d'un traitement mercuriel en injections intramusculaires dans la région fessière. Autant qu'on peut juger, après plus de trente ans, il a été appliqué avec beaucoup de méthode par le médecin du malade et suivi avec la plus grande régularité par celui-ci. Il est intéressant de relever ce point car chacun sait l'importance du traitement initial dans la syphilis. Faisons remarquer encore que le sujet est de constitution robuste : grand, gros et gras, il n'a jamais présenté aucune maladie grave (en dehors de la syphilis). Sans autre traitement que celui de la période de début, il a donc fait un tabes fruste avec asthénie chronique de forme légère : toutefois, un épisode maniaque a eu lieu en 1914-1915. Les fatigues de la guerre ont pu jouer un rôle déterminant dans l'apparition de cet accès, qui ne s'est plus reproduit, mais qui aurait pu se reproduire sous forme d'asthéniemanie alterne ou circulaire.

« Quid » de la malariathérapie dans de tels cas et aussi dans la paralysie générale ? Dans la paralysie générale, quelle qu'en soit la forme, la malariathérapie doit être systématiquement pratiquée, et le plus tôt possible. Les cas d'arrêt de la maladie, de rémission durable ne sont pas très fréquents, mais ceux qu'on observe sont remarquables. On a noté ces rémissions avant la malariathérapie ; on les observe plus souvent à ce jour. Dans le tabes, la malariathérapie est peu pratiquée. Obtiendrait-on de meilleurs résultats qu'avec les traitements antisyphilitiques modernes ? Nos observations sur ce point sont insuffisantes.

Résumé. — *Homme, 60 ans en décembre 1937. Syphilis à 26 ans, en 1903 : Traitement bien suivi jusqu'en avril 1910. Pas de traitement de 1910 à 1937. Tabes : accès asthéno-maniaque (oct. 1914), au front des armées. Paralysie générale? Asthénie chronique (avec tabes) de 1915 à 1937.*

A... M... Henri, marchand de vins en gros, sergent au ne régiment territorial d'infanterie, 38 ans en 1916 (né le 3 juillet 1877), est placé à l'hôpital militaire Baur, service de psychiatrie, le 16 mars 1916 : mise en observation pour psychopathie. Il vient à la consultation vingt-et-un ans après, en décembre 1937.

Histoire clinique : aout 1914-mars 1916. — Mobilisé le 3 août 1914, il est parti pour le front le 13 août, et il a été évacué de Doullens le 12 octobre 1914 : troubles mentaux et bronchite aiguë. Il a séjourné environ quarante-huit heures au Val-de-Grâce, à Paris, et a été transféré à l'asile des aliénés de Charenton (Seine), où il est entré le 16 octobre 1914 pour en sortir le 5 avril 1915.

Au moment de l'évacuation du front (12 octobre 1914), ses camarades ont rapporté à sa famille qu'ils avaient remarqué un grand changement chez lui, qu'il avait beaucoup maigri, puis qu'à un moment il se livrait à des *excentricités*, qu'il s'était déshabillé dans un bois et qu'on l'avait trouvé tout nu. Au Val-de-Grâce, fut porté par le Docteur Briand, médecin aliéniste de la Seine, le diagnostic de paralysie générale. Ce diagnostic fut confirmé par le Docteur Mignot, médecin de Charenton, qui aimablement nous a adressé le résultat de ses observations, ainsi résumées : affaiblissement psychique, *euphorie, idée de grandeur*, trouble pupillaires, abolition des réflexes tendineux, troubles de la parole, syphilis dans les antécédents. La ponction lombaire ne fut pas faite, notamment en raison des difficultés de l'heure présente, mais le cas paraissait banal, comme il le paraîtra du reste à nous-mêmes.

D'après les renseignements fournis par sa femme, le malade, à Charenton, était agité, il fut placé pendant un mois environ dans une chambre d'isolement. A plusieurs reprises, on dut lui mettre la camisole de force, car il était violent. Réformé temporairement le 9 mars 1915, il était, à ce moment, redevenu calme. Le 5 avril suivant, considéré comme en rémission, il fut mis en liberté et rendu à sa famille. — D'avril 1915 à avril 1916, il reste chez lui, mais accuse de la faiblesse, des maux de tête, de l'insomnie. Repris service armé le 25 février 1916, il rejoint son dépôt le 9 mars, puis est hospitalisé le 16.

Etat actuel : mars 1916. — Le malade se présente très correctement devant l'observateur. Il est calme et répond bien à toutes questions. C'est un homme sanguin, gras, puissant. Il explique qu'il a été évacué pour troubles mentaux de Doullens, traité à Charenton, puis qu'il est rentré dans sa famille. Il donne des dates précises. Il ajoute qu'il a pu, depuis six mois, s'occuper un peu de ses affaires (marchand de vins en gros). Il explique comment il est tombé malade au front. Il a fait des marches épuisantes avec insuffisance de nourriture. Il avait servi dans la cavalerie; il n'avait pas d'entraînement. Il a été surmené. Il ne donne aucun détail sur l'agitation qu'il a présentée. Il dit qu'à Charenton, il a été isolé et camisolé, mais il ne sait pas s'il a exprimé des idées de grandeur. Il a peut-être déclaré qu'il faisait bien ses affaires avant la guerre (?), or cela était vrai. — Actuellement il accuse de l'asthénie. Il dit : « Je n'ai certainement pas les forces que j'avais

autrefois. Je ne crois pas que je pourrais retourner au front. Je ne souffre pas beaucoup. J'ai parfois des maux de tête. Je dors plutôt mal. Je tremble à la moindre contrariété. » Bon appétit. Bonnes digestions. Etat somatique général excellent. — Il donne tous renseignements utiles sur ses antécédents héréditaires et personnels. Il a contracté la syphilis à 26 ans (nov. 1903), s'est bien soigné pendant trois ans et a été autorisé par son médecin à se marier, à 32 ans (en 1910).

L'examen physique (en mars 1916) fournissait les signes suivants : signe d'Argyll-Robertson, légère inégalité pupillaire (droite plus grande que gauche), abolition des réflexes rotuliens et achilliens, menus tremblements de la langue, dysarthrie spontanée par intervalles (pas de dysarthrie pour les mots d'épreuve). — Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,50 par litre; deux à six lymphocytes par champ; réaction de Bordet-Wassermann négative (le Bauër n'a pas été fait). Sang : réaction positive avec les méthodes de Bordet-Wassermann et de Bauër. — Le sujet a été réformé n° 2 définitif le 29 mars 1916.

Evolution : mars 1916-décembre 1937. — Le malade n'a pas refait de service durant la guerre. Il a repris son commerce de marchand de vins en gros, et il l'a exercé jusqu'en novembre 1932 : à ce moment il a dû l'abandonner parce que les affaires étaient très mauvaises. Il a tenté de reprendre avec sa femme, au bord de la mer, une maison de vente de vins, mais il n'a pas réussi. Depuis, il fait de la représentation en spiritueux. Il gagne difficilement sa vie. Sa femme l'a laissé chez sa fille pour aller travailler, elle, dans une ville voisine où son fils est installé.

Au point de vue psychique, en décembre 1937, on constate des phénomènes d'asthénie nerveuse générale, mais non pas de la démence ou affaiblissement intellectuel. Il dit manquer de force, avoir une activité diminuée; il fait des oublis, mais n'a pas abandonné la profession de représentant de commerce. Il accuse quelques maux de tête, par intervalles, et aussi de l'insomnie, mais pas d'irritabilité extrême, ni troubles gastro-intestinaux spéciaux. — Pas de perte des idées, donc pas d'affaiblissement global typique des facultés comme dans la méningo-encéphalite paralytique. A noter cette déclaration de sa fille, convoquée spécialement : « Je l'ai toujours connu tel qu'il est. »

Au point de vue somatique, les signes sont curieusement les mêmes en décembre 1937 qu'en mars 1916 : abolition des réflexes rotuliens et achilliens, signe d'Argyll-Robertson, légère inégalité pupillaire (mais c'est la gauche qui paraît plus grande que la droite), légère dysarthrie spontanée, tremblements menus de la langue. Marche normale. Pas de Romberg net. Pas de troubles sphinctériens. Pas de douleurs fulgurantes. — A ce jour il vient nous consulter pour l'obtention d'une pension de guerre. La ponction lombaire, l'examen du sang n'ont pu être refaits.

Antécédents. — Son père est décédé d'une maladie de foie, à 58 ans, en 1902; sa mère, un an auparavant, de rupture d'anévrisme. Il a deux frères et trois sœurs bien portants. Pas de maladies nerveuses ni mentales dans la famille. — Angevin, venu à Nantes à 12 ans, il y a obtenu son certificat d'études primaires. Dès l'âge de 18-19 ans, il a fait de la représentation commerciale. Il était sous-officier avant la guerre. Il a contracté la *syphilis* à 26 ans (exactement, nous dit-il, fin novembre 1903). Il a été soigné très activement durant trois ans chez un médecin spécialiste, puis par périodes jusqu'à son mariage en avril 1910. Son médecin traitant l'avait autorisé à contracter mariage. Il est père de deux enfants bien portants, mariés et installés. A noter que sa femme a fait une troisième grossesse terminée par une fausse-couche. *Depuis vingt-six ans, il n'a suivi, aucun traitement antisyphilitique.* Il n'a d'ailleurs pas consulté de médecin de 1916 à 1937. Il manquait d'énergie, de courage, de volonté, dit sa fille, mais il travaillait régulièrement. » Sans la crise économique de 1932, il n'aurait pas perdu sa situation matérielle. — Aucun signe d'alcoolisme chronique.

***

L'agitation de forme maniaque ou hypersthénique n'est pas une très grande rareté au cours du tabes. Cette agitation maniaque est toujours précédée par de l'asthénie. Le patient réalise une variété d'accès asthéno-maniaque ou asthéno-hypersthénique. Dans le cas rapporté, la manie a disparu en trois ou quatre mois. Ce malade tabétique est resté un asthénique chronique léger, mais typique. Les idées de grandeur qui accompagnaient la manie avaient fait penser à la paralysie générale : celle-ci n'était certainement pas en cause. Notre sujet, soigné pour la syphilis de 1903 à 1910, n'a suivi depuis et jusqu'en 1937, aucun traitement antisyphilitique (1).

(1) V. R. Benon. — La forme asthénique de la paralysie générale, *Rev. de Méd.*, 1913, p. 636, n° 8, 10 août ; — Apoplexie, Asthéno-manie, Aphasie, Paralysie générale, *Ann. Méd. Psychol.*, 1916-1917, janv., I, p. 36 ; — Neurasthénie et Syphilis, *Ann. de Dermat. et de Syphilig.*, 1922, nov., p. 599, n° 11 ; — Syphilis et Pathologie mentale, *Journ. des Prat.*, 1922, 22 avril, p. 241, n° 16 ; — Syphilis nerveuse tertiaire, Asthénie, Traitement, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1924, 10 oct., *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1924, p. 1399 ; — De la paralysie générale et de son traitement, séance de la S. M. P., 28 mars 1927, *Ann. Méd. Psychol.*, 1927, I, p. 407 ; — La forme asthéno-hypersthénique de la paralysie générale, *Gaz. des Hôp.*, 1927, 23 nov., n° 94, p. 1541 ; — Syphilis et asthénie chronique, *Ann. de Dermat. et de Syphilig.*, 1926, déc., n° 12, p. 686 ; — L'asthénie syphilitique de la période secondaire, *Journ. des Prat.*, 1928, 10 nov., p. 726, n° 45 ; — Asthéno-manie et paralysie générale, *Bull. Méd.*, 1933, 14 oct., n° 41, p. 655 ; — Syphilis chronique nerveuse et responsabilité, *Soc. de Med. Lég.*, 1934, 12 nov., *Ann. de Méd. Lég.*, 1934, déc., p. 913.

PRATIQUE MÉDICALE

Un « starter » du cœur

par L. Chauvois (1)

Chauvois a poussé assez loin le parallélisme entre la machine automobile et la machine humaine, au point de vue mécanique et physiologique. Les propriétés de l'aminophylline permettent d'envisager un nouvel élément de comparaison.

Pour sa production d'énergie, le moteur mécanique doit d'abord être réchauffé, ce qui s'obtient par l'intervention du « gicleur de départ » ou du « starter ». Au contraire, l'organisme humain, grâce à son ralenti permanent, maintient constante la température du cœur, satisfaisant ainsi d'emblée à un travail modéré du myocarde. Mais si une quantité importante d'énergie lui est demandée, il doit recevoir une irrigation sanguine accrue (loi de Chauveau). Cette opération se fera par la dilatation des artères coronaires, qui peuvent être assimilées à un gicleur.

Dans certains états pathologiques où il faut exciter la fibre cardiaque (par l'ouabaïne, par exemple), il devient indispensable de l'y préparer en assurant sa bonne alimentation, et l'aminophylline, dont la propriété fondamentale est de dilater les coronaires, peut donc être légitimement appelée le « starter du cœur ».

(1) L. Chauvois, *Progrès Médical*, n° 6, 11 février 1939, p. 191.

CONGRÈS

XXIIe Congrès de Médecine Légale et de Médecine Sociale de Langue Française

Paris, 5, 6, 7 juin 1939

PREMIER RAPPORT

Etude des gouttes de sang projeté

Par MM. Balthazard, R. Piédelièvre, Desoille et Dérobert.

Les auteurs présentent une longue étude expérimentale, illustrée de nombreuses figures, au cours de laquelle ils ont cherché :

1° A déterminer les lois dont dépendent les formes des taches laissées par les gouttes de sang;

2° A préciser dans quelle mesure on peut tirer parti de ces lois dans le domaine de la médecine légale.

Gouttes tombant verticalement sur un plan horizontal. — D'après l'aspect de la tache, peut-on déterminer la hauteur de la chute? Quand une goutte tombe d'une très faible hauteur, la tache qu'elle laisse est un cercle. Lorsque la hauteur de chute augmente, on voit sur la circonférence de ce cercle apparaître des dents, des pointes. *Le nombre de ces pointes apporte-t-il le renseignement cherché?*

Les auteurs montrent que le nombre de pointes des taches dépend de deux variables : la hauteur de chute, le volume des gouttes, ils en précisent les lois, mais, comme la seconde variable est la plus importante, ces lois sont difficilement applicables dans la pratique médico-légale.

Gouttes tombant verticalement sur un plan oblique. — *Forme des taches en fonction de l'obliquité.* — En pratique, les taches que l'on observe le plus fréquemment proviennent de gouttes ayant abordé obliquement le plan sur lequel on trouve leurs traces. Plus l'angle d'arrivée est aigu, plus la tache est allongée. On peut définir cet allongement par le rapport longueur/largeur de la tache et construire une courbe figurant la forme de la tache en fonction de l'angle d'arrivée. Cette courbe est une hyperbole. *Cette loi est applicable en médecine légale* parce que la grosseur de la goutte et la hauteur d'où elle tombe interviennent peu. *On peut donc dire, d'après l'allongement de la tache, l'angle sous lequel est arrivée la goutte qui l'a produite.*

Si la forme générale de la tache, c'est-à-dire le rapport entre la longueur et la largeur ne dépend guère de la hauteur de chute, par contre, cette hauteur influe sur l'aspect du bas de la tache. Pour une faible hauteur, l'extrémité inférieure n'a qu'un prolongement. A partir d'une certaine hauteur, il y en a plusieurs. L'étude systématique de cet élément en fonction de la hauteur de chute, du volume des gouttes, de leur angle d'arrivée, permet aux auteurs de formuler une nouvelle loi, applicable en médecine légale. *Une goutte de sang tombée verticalement sur un plan oblique, qu'elle aborde sous un angle supérieur à 50° et qui a laissé une tache dont le prolongement inférieur est en nacelle, sans présenter plusieurs pointes, n'est pas tombée d'une grande hauteur, à peu près certainement moins de 50 centimètres.*

Cette loi fournit une *hauteur limite de chute.*

Les taches présentent d'ailleurs à leur partie inférieure une croûte de sang. La hauteur de celle-ci par rapport à la longueur totale de la tache dépend de la hauteur de chute, mais son étude fournit moins de précision, à cet égard, que la loi précédente.

Etude cinématographique de la formation des taches. — Certains aspects spéciaux des taches en coups de plume, en fuseaux, etc., sont d'interprétation difficile. Les rapporteurs, pour les élucider, ont commencé à étudier cinématographiquement la façon dont se formaient les taches. Avec la collaboration de MM. Bull et Nogues de l'*Institut Marey*, ils ont fait des enregistrements à raison de 500 photographies par seconde; leurs premières études montrent que le phénomène est extrêmement complexe, le liquide refluant par vagues de la périphérie vers le centre de la tache.

Le centre déprimé des taches. — Ainsi, lorsqu'une tache se forme, le liquide ne s'y répartit pas uniformément. A la loupe binoculaire, on constate habituellement que le centre est plus clair que les bords. En outre, lorsqu'il s'agit de sang, la coagulation intervient; enfin, la tache change d'aspect en se desséchant, en s'écaillant. Au total, on observe à la loupe binoculaire des dépressions, des vides dans la tache.

Les rapporteurs insistent sur ces aspects, qui, mal interprétés, peuvent donner lieu à de *graves erreurs.* On dit couramment que le sang provenant d'hémoptysies est mêlé de fines bulles d'air et que l'on retrouve la trace de celles-ci à l'examen des taches. En réalité, des aspects analogues s'observent sur les taches de sang ne provenant pas des voies respiratoires.

Trajectoire des gouttes de sang. — Les lois précédemment établies par les rapporteurs fournissent des éléments importants. Mais, peut-on reconstruire la trajectoire exacte qu'ont suivie les gouttes dont on retrouve les traces sous forme de taches? Peut-on toujours déterminer le point de l'espace d'où a jailli le sang? Les rapporteurs posent les éléments du problème, montrent des enregistrements photographiques qui peuvent aider à le résoudre et font observer qu'en pratique ce problème est généralement limité, car il s'agit, par exemple, de préciser si un individu a été blessé étant debout, ou tombé à terre.

Modifications des taches suivant les supports. — La *forme* du support intervient, et la tache se déforme sur les surfaces cylindriques. La *nature* du support (papiers, étoffes, etc.) intervient aussi, soit qu'un défaut d'adhérence impose une rétraction, soit que le tissu soit imbibé, etc. Au total, les taches peuvent être rétractées, agrandies, diminuées, déformées dans un sens, présenter des amputations; aussi, *avant d'interpréter la forme d'une tache, faut-il étudier la nature du corps qui la supporte.*

Giclures de sérum. — Une flaque de sang liquide se coagule au bout d'un certain temps. Il peut arriver qu'un objet tombe alors sur la flaque et provoque des giclures de sérum dont la teinte ambrée contraste avec les taches de sang. On a alors la preuve qu'un laps de temps (au minimum celui qu'il faut pour que le sang coagule) s'est écoulé entre la formation de la plaque de sang et la chute de l'objet, notion qui peut avoir une importance capitale lors de la reconstitution des faits.

Les auteurs concluent en insistant sur le fait que leurs recherches expérimentales ne sont pas terminées. *Les lois qu'ils ont établies ne sont valables que dans les conditions où ils se sont placés. Avant de généraliser les règles indiquées, de plus amples vérifications sont nécessaires.*

Les lois hydrodynamiques qui président à la formation des taches sont en effet très précises, mais très complexes;

Association de la Presse Médicale française.

et la certitude d'une conclusion — certitude nécessaire lors d'une expertise — ne pourra être acquise que lorsque toutes ces lois auront été établies avec précision, l'une après l'autre.

Discussion. — M. Simonin (Strasbourg). — Après avoir souligné le haut intérêt et le caractère scientifique du travail des rapporteurs, M. Simonin fait un exposé rapide de la morphologie générale des taches de sang qui comprennent des taches par projection, par écoulement, par contact, par imprégnation, par essuyage.

Dans une affaire d'assassinat, il a eu l'occasion d'observer ces diverses catégories de taches qui se distinguent par leur siège, leur répartition, leur forme, leurs dimensions, leurs bords, leur coloration, et qui ont contribué, dans ce cas, à la découverte du criminel et à la reconstitution des phases du drame.

(*A suivre*)

Henri Desoille.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le Comité Permanent de l'Office International d'Hygiène publique a tenu, du 24 avril au 2 mai, à Paris, sa session extraordinaire de 1939. En dehors des questions soulevées par l'application ou l'interprétation des Conventions sanitaires internationales, le Comité a discuté de nombreuses communications sur les maladies visées par les Conventions et diverses autres affections contagieuses, sur l'organisation sanitaire et les services d'hygiène de divers pays.

La *peste* a été signalée dans l'Equateur, en 1939, et en Chine, dans la presqu'île de Linchow en face d'Haïnan, en 1938; ces bouffées épidémiques ont pu être maîtrisées. Une épidémie de *choléra*, observée en 1937 et 1938 au Tonkin et dans le nord de l'Annam, propagée par voie interhumaine, a donné lieu à 12 millions de vaccinations préventives; plusieurs circonstances ont fait apparaître la valeur protectrice de la vaccination. Le choléra a été observé aussi dans les provinces du Sud de la Chine. Une certaine régression de la *fièvre jaune* a été observée pour 1938 en Afrique et dans l'Amérique du Sud, où aucun cas de fièvre jaune du type urbain n'a été notifié; le diagnostic méthodique de cette maladie est encore en voie de perfectionnement, notamment au Brésil, par l'extension systématique de la viscérotomie; la prophylaxie fait également des progrès grâce au développement des vaccinations au moyen du virus-vaccin 17 D. Les divers types de *typhus exanthématique* ont été observés dans les Colonies italiennes; en Indochine méridionale, on n'observe pas de véritables épidémies de typhus, mais certaines formes particulières de fièvre typho-exanthématique. Quelques foyers de *variole* ont été signalés en Espagne, et sont actuellement éteints ou en voie d'extinction; la variole continue à être fréquente dans les provinces du Sud de la Chine; l'emploi du vaccin de culture, s'étend surtout, pour les populations coloniales, en raison de la commodité d'emploi et du prix de revient.

Les rapports entre l'industrialisation progressive et l'extension de la tuberculose sont confirmés par une enquête sur la tuberculose dans l'industrie du jute en Inde Britannique. La tuberculose a été étudiée chez les tziganes des environs de Belgrade; dans cette population elle prend généralement une forme fibreuse assez bénigne. En ce qui concerne la prophylaxie de la tuberculose, il a été notamment question des résultats obtenus en Roumanie par l'application en grand de la vaccination par le B.C.G. à Bucarest, la statistique montre que la mortalité par tuberculose des enfants vaccinés en contact, dans les trois premières années de la vie, est très inférieure à la mortalité tuberculeuse des enfants en contact mais non vaccinés. En Roumanie, l'emploi du B.C.G., sans être obligatoire, est organisé officiellement.

L'épidémiologie de la *scarlatine* a été étudiée en Australie, où l'incidence de la maladie est très variable suivant les années et les régions; en Suède, où l'incidence de la scarlatine, après avoir beaucoup diminué, s'est relevée en 1938; au Danemark, où l'on a noté deux petites épidémies locales ayant pour point de départ une infection spécifiquement streptococcique; l'extrême rareté de la scarlatine dans les pays tropicaux paraît se confirmer.

Au sujet de la *grippe*, on note en Suède, au début de 1939, une épidémie étendue mais bénigne. La question du « virus-vaccin » est à l'étude.

La *poliomyélite* a été étudiée spécialement en Suède, où elle est en décroissance et aussi au Danemark, en Suisse, en Angleterre; le rôle des contacts dans la propagation cette maladie a été discuté. Sur l'efficacité du sérum de convalescent, l'impression générale n'est pas favorable.

Quelques cas de spirochétose *ictéro-hémorragique* ont été constatés à la Martinique.

Une épidémie grave de *fièvre de l'Oroya* (*verruga du Pérou*) a été observée en Colombie.

Un cas de *rhinosclérome* a été relevé en Irak.

Quelques cas humains de *fièvre aphteuse* ont été signalés de Suède et du Danemark; on estime, en outre, que l'homme pourrait jouer un rôle dans la propagation de la fièvre aphteuse au bétail.

Des indications ont été rapportées sur la *prophylaxie* du *paludisme*, variable en ses procédés suivant l'anophèles vecteur, et sur les mesures préventives prises en Egypte contre la *bilharziose*.

L'incidence du *cancer* a été étudiée en Indochine, au Maroc, à Madagascar, aux Antilles; l'âge moyen du cancer est peu élevé dans ces pays; le rôle étiologique des irritations locales paraît évident, mais non pas celui du parasitisme intestinal. La fréquence croissante du cancer du poumon est confirmée en Suisse, en Angleterre, en Roumanie.

Au sujet du *goître endémique*, dont la distribution géographique est l'objet de diverses recherches actuellement en cours, on a confirmé l'efficacité de la prophylaxie par le sel iodé.

La lutte médico-sociale contre le *rhumatisme* s'organise dans les divers pays : Suède, Canada, etc.

La fluorose a été observée dans certaines parties méridionales de l'Inde Britannique ; comme au Maroc, elle atteint aussi le bétail.

On a eu confirmation du rôle de l'*ortho-tricrésylphosphate* dans certaines intoxications alimentaires pseudo-épidémiques.

L'étiologie du *choléra infantile* hospitalier a été à nouveau discutée.

Des renseignements ont été donnés sur les mesures publiques d'*hygiène mentale* aux Etats-Unis. La psychologie spéciale des « *vagabonds asociaux* » a été étudiée en Allemagne.

Il a été traité en outre des questions d'*organisation sanitaire;* organisation générale au Canada, organisation dans les régions rurales en Pologne; organisation du port de Dakar; activité de la mission anti-épidémique de la S. D. N. en Chine; mesures pour le relèvement de la natalité en Allemagne, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 31 JUILLET 1939

Tricentenaire de la fondation de l'Hôtel-Dieu à Québec. — L'Académie a désigné M. Georges Claude pour la représenter au Canada aux cérémonies du tricentenaire de la fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec.

SÉANCE DU 7 AOUT 1939

Etude de l'influence des vitamines sur le fonctionnement du lobe antérieur de l'hypothyse. — M. Léon KÉPINOV.

Teneur en sodium du sang total et du sérum de quelques mammifères. — Mlle Marie-Antoinette PASQUIER.

Une dysenterie amibienne expérimentale fatale pour les vipères, pourrait probablement être utilisée pour la destrution de ces reptiles. — M. Emile BRUMPT.

SÉANCE DU 16 AOUT 1939

Répartition du bromure de propyle dans le système nerveux central et dans le sang du cobaye aux divers stades de l'anesthésie produite par ce bromure. — MM. Marc TIFFENEAU et Raymond CAHEN.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

SÉANCE DU 4 MAI 1939

Associations anatomo-cliniques, dégénérescence pigmentaire pallido-nigrique (Hallervorden-Spatz) et encéphalite léthargique chronique. — M. LUDO VAN BOGAERT.

La paroi de la cavité médullaire dans un cas de pellagre, dans un cas d'hydrocéphalie et dans la syringomyélie. — MM. QUEROY et DE LACHAUD opposent, en s'aidant de microphotographies, de dessins et de schémas, les différents types histologiques des cavités médullaires observées dans ces diverses affections.

Sur les aspects alvéolaires, plexiformes et terminaux de la névroglie, des neuromes et du tissu précollagène. — MM. QUEROY et DE LACHAUD présentent des projections qui mettent en évidence les différents types de névroglie (en réseau ou en plexus), les terminaisons de la névroglie et des neuromes, et les rares aspects terminaux des fibres précollagènes.

Sur un cas d'intoxication oxycarbonée mortelle. Hémiplégie tardive. — MM. J. LHERMITTE, MONIER-VINARD et DE AYURIAGUERRA. — Si l'on connaît fort bien la période dite intervallaire qui sépare l'apparition des troubles mentaux du coma oxycarboné, il est de notions moins banale que les manifestations focales peuvent, elles aussi, n'apparaître qu'après une période de latence singulièrement longue. C'est pourquoi l'observation des auteurs, où l'intervalle libre s'étend à trente jours, mérite d'être retenue, d'autant plus que l'examen histologique a permis de mettre au point pour quelques constatations précises. Ici, les lésions se marquent par des modifications diffuses des cellules nerveuses de l'encéphale, par des infiltrations œdémateuses par placards, par les lésions vasculaires qui sont assez disséminées, mais qui prédominent dans les corps striés, enfin par des foyers de nécrose parfois visibles à l'œil nu.

Ces constatations permettent, dans une certaine mesure de comprendre le mécanisme si discuté des accidents tardifs de l'intoxication par l'oxyde de carbone. En effet, il ne peut s'agir ni d'une action toxique diffuse (puisque la clinique dénonçait une altération focale), ni d'une anoxémie ; seules, les adultérations vasculaires peuvent être invoquées dans la pathogénie de l'hémiplégie. Les modifications très spéciales des vaisseaux (infarcissement des parois par des dépôts calciques et ferriques), laissent clairement entrevoir la lenteur et la progressivité des lésions des vaisseaux atteints par la substance toxique.

Myorythmies des ailes du nez. — M. Paul MORIN (de Metz) apporte l'observation et le film d'un malade atteint de secousses rythmiques des ailes du nez. Les myorythmies sont rigoureusement symétriques et synchrones. La localisation est exclusive, Les contractions sont d'égale importance pour agoniste et antagoniste dans une révolution commencée. Mais les secousses ne sont pas toutes égales. Le rythme varie entre 60 et 130 contractions à la minute. Il y a des arrêts très passagers de quelques secondes, qui semblent être le résultat des spasmes. Ces secousses musculaires, que rien ne peut influencer, sont insensibles à l'action du courant électrique. Elles persistent pendant le sommeil. Une tension émotionnelle intense seule peut cependant les inhiber passagèrement. L'auteur pense à une lésion d'un centre de fonctions siégeant dans le tronc cérébral et touchant le système olivo-rubro-dentelé.

Sur un cas d'atrophie cérébelleuse et olivaire progressive, non familiale. Etude anatomo-clinique. — MM. Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jacqueline GUILLAIN présentent une observation anatomo-clinique d'un grand syndrome cérébelleux très typique, qui a évolué progressivement durant dix années. Les examens anatomiques ont montré une atteinte de l'écorce cérébelleuse qui porte sur les cellules de Purkinje et sur la couche granuleuse, et une atteinte des complexes olivaires du bulbe avec intégrité des noyaux du pont et des fibres ponto-cérébelleuses. Les auteurs insistent sur l'impossibilité d'envisager, dans leur cas, une topographie néo- ou paléo-cérébelleuse. Ce cas ne s'identifie ni avec le type de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse classique, ni avec les atrophies cérébelleuses corticales du type Pierre Marie, Foix et Alajouanine ou du type Kennard-Brouwer. Il s'agit ici d'un type spécial à lésions indépendantes du cervelet et des complexes olivaires. La nosographie actuelle des atrophies cérébelleuses corticales est trop rigide, elle doit être revisée et complétée.

Maladie de Friedreich n'atteignant qu'un jumeau. Amélioration régulière depuis trois ans après vitaminothérapie C. — M. P. MOLLARET présente (avec beaucoup de réserves dans l'interprétation des faits) un jeune homme de quatorze ans, qui a été examiné pour la première fois il y a trois ans, et chez lequel le tableau réalisé était à cette époque celui d'une maladie de Friedreich d'évolution déjà avancée : scoliose, démarche ataxo-spasmodique, chutes fréquentes, course impossible, équilibre instable en position debout sans signe de Romberg, syndrome cérébelleux manifeste, sans paralysie, altération des sensibilités profondes aux membres inférieurs, abolition des réflexes tendineux des quatre membres, signe de Babinski à gauche, pied bot typique des deux côtés, atrophie optique bilatérale, nystagmus discret, augmentation considérable des chronaxies pour les muscles des membres inférieurs ; hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien (0,56 o/oo).

Or, ce jeune homme a un frère jumeau, et celui-ci est absolument indemne. Il ne semble y avoir, d'autre part, aucun autre cas de maladie de Friedreich dans la famille ; cependant, la mère et la grand'mère ont des pieds de Friedreich typiques.

De plus, le malade prend, depuis près de trois ans, au début de chaque mois, vingt comprimés de 0 gr. 05 d'acide ascorbique, à raison de trois par jour, et il fait de l'héliothérapie. Depuis le sixième mois du traitement,

une amélioration considérable s'est manifestée, qui porte sur la marche, sur l'équilibre, sur la scoliose, sur l'état oculaire, sur les sensibilités objectives, enfin sur les chronaxies qui ont subi une baisse considérable. On ne connaît pas de rémission spontanée d'une telle importance dans la maladie de Friedreich.

Œdème cérébro-méningé et papillo-rétinien par hypertension artérielle. — MM. Th. Alajouanine, R. Thurel, W.-E. Malfei et Th. Homet rapportent l'observation anatomo-clinique d'un parkinsonien post-encéphalitique de trente ans, chez lequel a évolué une hypertension artérielle sévère (23-16) avec décompensation cardiaque, albuminurie (2 gr. 7), azotémie (0,96 o/oo). Le malade ayant été pris de céphalées violentes, puis de torpeur progressive, un examen du fond de l'œil révéla un œdème papillaire bilatéral avec nombreuses hémorragies et taches blanches périvasculaires. Une ponction lombaire montra un liquide hypertendu (45 en position couche), et de l'hyperalbuminose (0,60 o/oo), et détermina une amélioration de la céphalée, de la torpeur et des troubles ophtalmologiques. Mais des poussés analogues et successives se reproduisirent. Le taux de l'urée sanguine atteignit 1,05 o/oo ; l'hypertension céphalo-rachidienne, 60 ; l'albumine du liquide, 0,90 o/oo. Le malade mourut en état de cécité complète, trois mois après l'apparition des premiers symptômes d'hypertension cranienne.

L'autopsie permit de constater un œdème important de toute l'étendue des centres nerveux (cerveau, cervelet, axe cérébral et moelle), mais principalement des noyaux gris centraux et du plancher du troisième ventricule, un œdème actif papillo-rétinien avec des hémorragies artérielles et des bulbes d'œdème qui semblent expliquer les taches blanches.

Les artérioles de tous ces organes (y compris la rétine et les centres nerveux) présentent l'épaississement qui est de règle dans l'hypertension artérielle.

M. Derex rapproche ce cas des faits qu'il a décrits sous le nom d' « hypertension artérielle pseudo-tumorale ».

Tuberculome du lenticulaire et du coudé, sans symptômes extra-pyramidaux. — MM. C.-J. Urecha et Max Muller.

Etude anatomique et pathogénique des tumeurs cérébrales métastasiques. — MM. L. Cornil, H. Roger et J.-E. Paillas rappellant que les tumeurs cérébrales métastatiques sont relativement fréquentes (une pour neuf tumeurs primitives). Les auteurs, qui en ont observé 35 cas, précisent l'importance du cancer du poumon, primitif ou secondaire, dans leur déterminisme. Ensuite viennent les cancers du sein, du rein, les sarcomes, les mélanomes. Les métastases sont soit multiples et intraparenchymateuses, soit uniques et méningées. L'envahissement du cerveau se fait par voie sanguine (cancers du type pulmonaire), lymphatique (cancer du type mammaire) ou nerveuse (cancers neurophiles). Les lésions péritumorales sont très marquées (hémorragie, ramollissement, gliose, œdème) et souvent étendues loin du foyer tumoral. La propagation intranerveuse se fait par les gaines de Virchow-Robin.

Paralysie sérothérapique associée à une foliobulbite diphtérique avec paralysie œsophagienne. Syndrome myasthénique secondaire. Effet de la prostigmine. —MM. Ch. de Luna, J.-E. Paillas, P. Robert et Fiastre (de Marseille) ont observé, chez une jeune femme de vingt-quatre ans, une paralysie amyotrophique scapulo-humérale droite, apparue quinze jours après l'injection de sérum antidiphtérique pratiquée pour une angine. Au cinquième jour de cette angine s'installent des paralysies multiples des nerfs craniens : V masticateur, VII, IX, X, XI, une paralysie de

l'œsophage, des troubles de l'accommodation visuelle, une parésie pseudo-myopathique des membres inférieurs. La convalescence de ce syndrome bulbaire est marquée par une phase myasthéniforme considérablement améliorée par la prostigmine.

Paralysie amyotrophique post-traumatique extensive avec fibrillations disséminées sans contracture pyramidale ou autre. — MM. J.-A. Barré et A. Charbonnel apportent l'observation d'un sujet suivi à diverses reprises pendant quatre années, et qui, à quarante-quatre ans, en pleine santé, vit se développer à la jambe une atrophie des antéro-externes avec paralysie, après s'être pris le pied dans un rail. Des fibrillations se développèrent immédiatement à la cuisse correspondante. Aucun trouble de la sensibilité, aucun trouble sphinctérien, aucun déficit pyramidal, aucune contracture, aucun polycinétisme des réflexes tendineux des membres inférieurs, pas de signes de Babinski.

Deux ans après le début, le membre non traumatisé est frappé — de la racine à la périphérie cette fois — de paralysie amyotrophique. Enfin, les membres supérieurs subissent le même sort, et le malade succombe sans avoir présenté de phénomènes bulbaires.

Les auteurs pensent qu'il y a lieu :

1° D'isoler ce syndrome sous le nom qu'ils proposent ;

2° De le séparer de la sclérose latérale amyotrophique où certains auteurs ont voulu faire entrer des faits en partie semblables à ceux qu'ils relatent ;

3° De rattacher ces accidents au traumatisme quand il peut être établi que le système nerveux ne présentait pas de trouble au moment où il s'est produit ;

4° Ils pensent qu'un état de vaso-constriction médullaire réflexe, intéressant spécialement la substance grise, où les vaisseaux sont très abondants, doit jouer un rôle prépondérant dans le développement du syndrome ; cela explique qu'il ne se produit sans doute que chez des sujets pourvus d'un système vaso-moteur spécial, et conduit à penser également qu'une thérapeutique circulatoire et vasodilatatrice, mise en œuvre d'urgence, pourrait avoir un effet utile, et peut-être arrêter l'extension des troubles.

L'analyse statistique de l'électro-encéphalogramme du point de vue des amplitudes. — MM. O. Sager et M. Hermann (de Bucarest), étudiant les électro-encéphalogrammes chez des sujets normaux et dans divers états pathologiques établissent, la courbe de distribution des amplitudes dans un temps donné ; selon les circonstances, la courbe normale peut être modifiée dans sa forme, déplacé vers la droite ou vers la gauche.

Remarques à propos des méningiomes latents. — MM. J. Lhermitte, de Martel et Guillaume. — La latence des tumeurs des méninges est de notion banale ; cependant, il ne peut être inutile d'y insister encore, en raison de sa fréquence, du mystère de son mécanisme, et surtout de l'intérêt que présente l'examen systématique du fond de l'œil. Le cas présenté se rapporte à un homme de trente-six ans, qui fit à deux reprises une crise de mélancolie typique. La dernière se termina à la fin de 1937. Ayant repris ses fonctions dans le bureau où il était occupé avant sa crise, le malade, très euphorique, s'imagina qu'il devait suivre la mode qu'il voyait s'étendre autour de lui, et porter des lunettes. Il se rendit donc chez un ophtalmologiste qui, avant de lui ajuster des verres, examina le fond de son œil.

Il constata ainsi, par hasard, une double stase papillaire très accusé. Une ventriculographie pratiquée révéla la présence d'un méningiome pariétal droit. Le malade fut immédiatement opéré ; aujourd'hui, un mois après l'intervention, la guérison est achevée. Avant l'insufflation ventriculaire, nul symptôme ne pouvait déceler la topographie de la tumeur.

LIVRES NOUVEAUX

Les enfants et les jeunes gens anormaux. (Assistance, hygiène, éducation), par MM. P. Nobécourt et L. Babonneix. Paris, Masson et Cie.

Cet important ouvrage comble une grave lacune. Combien de fois, les uns et les autres, ne nous sommes-nous pas trouvés embarrassés pour savoir comment orienter tel ou tel enfant anormal, qu'il s'agisse d'une anomalie psychique ou d'une anomalie physique? Voici, pris au hasard, le chapitre des troubles du caractère. Nous en trouvons tout d'abord une étude : causes, formes, modes d'évaluation pratique de ces troubles. Puis on passe à l'hygiène mentale infantile ; rapports de ces troubles avec le milieu (famille, école, service militaire, etc.); — problèmes touchant l'éducation, les sanctions, la sexualité infantile. On arrive ensuite aux méthodes thérapeutiques nouvelles (psychanalyse, réflexes conditionnels), et enfin à un chapitre essentiellement pratique, concernant les centres de sélection et d'orientation professionnelle, et les mesures à prendre vis-à-vis des différentes catégories d'enfants.

Ce n'est là qu'un exemple; ce n'est que l'indication très sommaire des points étudiés dans un chapitre spécial. Partout nous retrouvons la même méthode, le même souci de rappeler les notions cliniques, de donner des indications à la fois théoriques et pratiques, de montrer l'état de notre législation, d'en signaler les avantages et les faiblesses.

Les sujets traités sont nombreux et divers. La première partie de l'ouvrage concerne les anormaux psychiques (étiologie et prophylaxie générales, — troubles de l'intelligence, du caractère, — délinquance infantile).

La deuxième partie a trait aux anomalies physiques : troubles moteurs, aveugles, muets, sourds et sourds-muets, infirmes du cœur et de la respiration.

On peut donc affirmer, étant donné la multiplicité des cas étudiés, qu'il n'est pas un médecin qui n'aura souvent à recourir à cet ouvrage pour y trouver un guide précieux.

Faut-il en signaler les qualités de précision et de clarté? Le nom des auteurs en est à lui seul un sûr garant. Les noms de leurs collaborateurs montrent que rien n'a été négligé pour réunir sur chaque sujet toutes les compétences : MM. Dublineau, H. M. Fay, R. Levent, L. Michaux, Sigwald, ont participé à la rédaction des différentes parties de cet ouvrage; et nul ne pourra douter du zèle avec lequel ils se sont acquittés de leur tâche. Les éditeurs ont apporté tous leurs soins à la présentation du livre. Ils savaient tous en effet, les uns et les autres, qu'ils ne faisaient pas seulement une œuvre d'un intérêt puissant, mais aussi qu'en nous permettant de mieux soulager de malheureux déshérités, ils accomplissaient un très grand acte de charité, ce qui est la fin suprême de la profession médicale.

H. Grenet.

Manuel d'hématologie pratique. Un vol. in-8 de 162 pages, par Edouard Peyre, avec une préface du Professeur Roussy. A la librairie E. Le François, à Paris, 1938.

Physiopathologie de la vieillesse et introduction à l'étude des maladies des vieillards, par P. Bastai et G.-D. Dogliotti. Un vol. de 235 pages avec 40 fig. Prix : 40 fr. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

Le traitement de la tuberculose ou 50 années d'erreur. Un vol. de 109 pages par le Dr Arnold, chez l'auteur : 1, rue Castéja, Boulogne-sur-Seine, 1938.

INFORMATIONS

(suite de la page 1146)

L'administration générale de l'Assistance Publique à Paris prie les chirurgiens non mobilisables français ou étrangers qui pourraient lui prêter éventuellement leur concours de vouloir bien le faire connaître par lettre au directeur général, en indiquant leur adresse, leur âge et leurs titres.

Pour suppléer dans les hôpitaux les internes et externes indisponibles, elle prie également les médecins non mobilisables qui voudraient bien lui apporter leur collaboration au service de gardes et de permanences de se faire connaître dans les mêmes conditions.

Ministère des Pensions. — Le Secrétaire général de la Commission spéciale de classement des Médecins, Chirurgiens, Dentistes, Vétérinaires, bénéficiaires de la loi du 12 août 1933, 53, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (7e), communique la note suivante :

Postes à pourvoir en septembre 1939 :

Ministère de la Justice : Médecin, maison d'arrêt de Château-Thierry; maison d'arrêt de Bar-le-Duc; maison d'arrêt de Bordeaux; maison d'arrêt de Vannes; maison d'éducation surveillée de Belle-Ile-en-Mer.

Ministère des Finances : Médecin, manufacture d'allumettes de Bordeaux.

Ministère des Colonies : Médecins en Indochine (3); Vétérinaire service local Indochine; Pharmacien, Indochine.

Société des transports en commun de la région parisienne : Médecin-suppléant, région du Raincy.

Ministère de l'Education Nationale. — Médecin, lycée Voltaire à Paris; Médecin titulaire, lycée de Caen; Médecin titulaire, lycée de Cherbourg; Médecin titulaire, lycée de Tournon; Médecin-suppléant, lycée de Gap; Médecin-suppléant, lycée de Laon; Médecin titulaire, lycée de Lyon-Ampère; Médecin-suppléant d'Auch; Médecin titulaire, lycée Montaigne, à Bordeaux; Dentistes des lycées d'Avignon, Nice, Lons-le-Saunier, Rouen, Carcassonne, La Rochelle, Tarbes, Constantine; Chirurgien, lycée de Vesoul.

Ministère des P. T. T. : Médecins de circonscription : *Paris :* 5e et 6e arrondissements (titulaire); 8e et 9e arrondissement (titulaire); 13e arrondissement (suppléant); 14e arrondissement (suppléant); 16e arrondissement (titulaire et suppléant); 20e arrondissement (titulaire).

Banlieue : Aubervilliers (titulaire et suppléant); Choisy-le-Roi (suppléant); Les Lilas (suppléant); Nogent-sur-Seine (suppléant); Pantin (titulaire et suppléant); Puteaux (titulaire); Saint-Maur-des-Fossés (suppléant); Saint-Ouen (suppléant); Vanves (titulaire et suppléant); Boulogne-sur-Seine (suppléant); Argenteuil (titulaire et suppléant); Aulnay-sous-Bois (suppléant); Versailles (titulaire et suppléant); Villeneuve-Saint-Georges (titulaire et suppléant).

Médecins de circonscription : *Province :* Bordeaux (titulaire et suppléant); Lyon (titulaire et suppléant); Nice (titulaire); Rouen (titulaire); Lille (suppléant); Roubaix-Tourcoing (titulaire et suppléant).

Gouvernement Général de l'Algérie : Médecin collège de garçons de Tlemcen; Médecin collège de garçons de Philippeville; Médecin collège de jeunes filles de Philippeville; Médecins assermentés, service tabacs et contributions diverses (3); Médecins de colonisation (4); Vétérinaire sanitaire; Médecins des prisons de Blida et Groupe pénitentiaire.

Il est rappelé que : 1° Ces postes sont réservés aux seuls pensionnés de guerre. 2° Ne peuvent postuler pour ces postes que des praticiens résidant dans la localité même où sont ces postes.

Association pour le développement des progrès techniques dans les sciences médico-chirurgicales. — Voici la liste des conférences qu'organise l'Association les lundi 9, mardi 10, mercredi 11 et vendredi 13 octobre 1939, à la salle Pasteur de la Confédération des Syndicats Médicaux français, rue de la Tour-Maubourg, n° 60, Paris (7e). Ces conférences auront lieu de 17 h. 30 à 22 h. 30. Un buffet sera dresser sur place pour éviter toute perte de temps.

Programme provisoire

Dr Barthe (Paris) : L'expertise psychologique chez les prédisposés aux accidents du travail. — Drs Germain Blechmann et François (Paris) : Applications des intradermoréactions et injections chez l'enfant. — Dr Cawadias (Londres) : La technique du diagnostic constitutionnel. — Dr Cevey (Lausanne) : 40 ans de Tuberculinothérapie. — Dr C. Claoué (Paris) : Plastique Mammaire. — Dr Decoppet (Genève) : Technique de l'accouchement dirigé. — Dr Denier (La Tour du Pin) : L'électro-myogramme fasciculaire. — Dr Ducroquet (Paris) : Les transplants osseux chez l'enfant. — Dr Ferrier (Paris) : Le syndrome de l'hyperfolliculinisme. — Dr Gattefosse (Lyon) : L'aromathérapie. — Dr Gleize Rambal (Marseille) : Technique de la radiothérapie antiinflammatoire. — Dr Gros Claude D'Alsace (Paris) : Sujet réservé. — Dr Hausser (Paris) : Hygiène industrielle et médecine du travail. — Dr J. A. Huet (Paris) : Conception nouvelle de l'obésité. — Dr Hulin (Paris) : Traitement de la paradentose pyorrhéique. Dr Leduc (Paris) : La peau, gel colloïdal. — Dr Paul Martin (Lausanne) : Nouvelle méthode de rééducation des paralysies et des affections articulaires. — Dr Masmonteil (Paris) : La stérilisation des salles d'opération. — Dr Morlaas (Paris) : L'énergétique humaine. Essais de définition clinique et thérapeutique. — M. Jean Painlevé (Paris) : La documentation photographique et cinématographique dans les Sciences. — Dr Thooris (Paris) : Médecine et chirurgie morphologique.

Prière de s'inscrire auprès du Dr Claoué, Secrétaire général, 39, rue Scheffer, Paris (16e).

Troisième Congrès International de Gastroentérologie. — (*Londres*, 15-18 *juillet* 1940). — La Société Internationale de Gastroentérologie organise son troisième Congrès l'année prochaine. Elle a mis à l'ordre du jour de ces assises qui promettent d'être très brillantes, les deux questions suivantes : *Le Rapport réciprопre des troubles sanguins et des troubles gastriques* et *l'Iléite régionale.*

Les rapports sur la première question ont été confiés aux membres de deux pays : l'Italie et les Etats-Unis d'Amérique.

Les gastroentérologues français désirant devenir membres de la Société Internationale de Gastroentérologie doivent en faire la demande au collègue Alban Girault, secrétaire du Comité National de la Section Française, 29 bis, rue Pierre-Demours, Paris.

VIIe Congrès International pour la lutte contre le rhumatisme *du 1er-10 juin 1940, New-York, Philadelphie, Boston.*

Le programme de ce Congrès vient de paraître. Comme sujets seront traités : *Infection, Nutrition, Treatment.* Ensuite, communication hors programme. Outre la visite de l'Exposition Internationale qui sera encore ouverte, l'American Medical Association a organisé une exposition scientifique dans le domaine médical, laquelle sans nul doute vaudra déjà une visite à l'Amérique.

On peut avoir des renseignements complémentaires sur ce Congrès au Bureau International, Keizersgracht, 489-491, Amsterdam.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALE

La suppression, ou l'insuffisance des fonctions surrénales se traduit en clinique par des syndromes assez polymorphes.

Nous les envisagerons dans leurs aspects *aigus* et *chroniques*. Les travaux modernes ont singulièrement étendu le cadre de ces derniers et mis en valeur, à côté du type classique et depuis longtemps connu de la maladie d'Addison, la fréquence de ces insuffisances surrénales frustes, que des thérapeutiques appropriées sont susceptibles d'améliorer grandement.

I. — Les insuffisances surrénales aiguës

Elles réalisent en clinique des tableaux assez proches des décapsulations expérimentales — dont les caractères majeures sont leur *soudaineté* d'apparition, et leur *gravité*.

Ces accidents aigus sont de nature variée :

1° *Tantôt* le malade est pris brutalement de *douleurs abdominales* atroces, avec *vomissements* incessants, il est couvert *de sueurs* froides, *angoissé*, *cyanosé* et meurt rapidement.

— Le tout simule un *empoisonnement*.

2° *Tantôt*, sont au premier plan les phénomènes du type *péritonéal*, avec douleurs violentes, arrêt des matières, ballonnement abdominal, parfois même ébauche de contracture.

3° *Tantôt* s'installe brusquement un état d'*algidité*, un véritable syndrome cholériforme marqué par :

— Une diarrhée profuse;
— Des crampes;
— Une chute de la température à 36°-35°.

4° *Tantôt* la mort survient après :

— Des convulsions;
— Ou un délire aigu, ou une brusque prostration;
— Ou des signes méningés : Kernig,
Raideur de la nuque,
Vomissements.

Mais P. L. normale, caractérisant l'encéphalopathie de Klippel et Sergent.

5° *Tantôt*, des œdèmes, de la dypsnée, de la tachycardie, avec une hypertension impressionnante, le tout d'apparition et d'évolution rapide, simulent une *asystolie aiguë*.

6° *Tantôt* enfin c'est le tableau d'un *collapsus vasculaire aigu* :

Soit brutal, cause de *mort subite* si fréquente chez de tels malades.

Soit précédé de quelques prodromes rapides :

— Un peu de dyspnée avec cyanose ;
— De l'angoisse;
— Des douleurs précordiales.

Bien souvent d'ailleurs, tous ces tableaux cliniques, au lieu d'être individualisés, unissent, toujours aussi brutalement, un certain nombre de leurs manifestations — attestant ainsi la simultanéité d'atteinte des cortico et médullo-surrénales, et des filets sympathiques voisins.

Etiologie

1° *L'I. S. aiguë primitive*, est en fait l'aboutissant d'une *tuberculose* des surrénales, restée latente jusqu'au jour où une infection ou une intoxication détruit la portion de glande qui permettait au malade de résister. L'examen anatomique confirme ce fait en montrant la destruction surrénale par le processus tuberculeux.

2° *L'I. S. aiguë secondaire*, a une très grande importance pratique, du fait de sa fréquence dans un grand nombre d'infections et d'intoxications, du fait également de sa curabilité relative.

α Certaines *maladies infectieuses* la conditionnent particulièrement.

La diphtérie : Certains auteurs lui attribuent la plus grande part dans l'apparition et l'évolution du *syndrome de Marfan*. Elle se manifeste précocement, au 5e-6e jour de cette diphtérie maligne.

La scarlatine : Dans cette maladie du reste constamment hypotensive, l'insuffisance surrénale a, pour beaucoup, une part importante dans la détermination du syndrome malin (Hutinel) et dans les morts subites.

La typhoïde, donne lieu, dans ses formes sévères, à des cas typiques d'I. S., et cette étiologie est fréquemment invoquée dans le redoutable *collapsus typhique*. A côté de ceux-ci, il existe des formes douloureuses qui peuvent en imposer pour une *perforation* intestinale.

La grippe épidémique, la pneumonie, l'érysipèle, etc., sont autant de maladies infectieuses dont l'évolution, dans les formes sévères, peut être brutalement terminée par des accidents de même nature.

β C'est encore cette étiologie que l'on a invoquée dans l'apparition d'accidents brutaux, aigus et cliniquement superposables, qu'il est donné d'observer au cours de certaines *intoxications aiguës :*

Particulièrement les *toxi-infections alimentaires graves*; les *empoisonnements par les champignons*.

Et pour certains : les intoxications par gaz de combat (ypérite); les accidents des arténobenzols (la crise nitritoïde), ou de la sérothérapie, voire les accidents de l'anesthésie chloroformique (Delbet).

Enfin : les *vomissements incoercibles de la gestation* pourraient encore relever de cette pathogénie (Sergent).

— Dans tous ces cas aussi disparates, certes le rôle de l'insuffisance aiguë surrénale reste hypothétique. Si parfois il est possible de trouver à l'examen anatomique des lésions indiscutables (surrénalite œdémateuse, surtout hémorragiques), bien souvent le critère anatomique manque. Il n'en reste pas moins que, préventivement, on doit armer le malade contre elle, en associant dans la thérapeutique l'*opothérapie surrénale* (adrénaline et extraits totaux) aux médications habituelles du choc et du collapsus vasculaire. On en obtiendra dans bien des cas des résultats inespérés.

(A suivre.)

G. Le Sueur.

Affections non ulcéreuses du duodénum (duodénites, diverticules, stases mécaniques et fonctionnelles, tumeurs, malformations, physiologie normale et pathologique, thérapeutique, parasites), par I. Pavel et A. Paulesco-Podeano avec une préface de J.-Ch. Roux. Un vol. de 204 pages avec 57 figures. Prix : 50 fr. Chez Masson et Cie, à Paris 1938.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr.
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement titré à 1 centigr. de chlorhydrate d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple, pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par jour, en débutant par une dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les 2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

N° 70. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

Revue Générale.

Les staphylococcies graves de la face (cellulite de la face) [fin], par MM. H. et G. DUBOUCHER.

Congrès.

XXIIe Congrès de Médecine Légale et de Médecine Sociale de Langue Française (Paris) [fin], par M. Henri DESOILLE.

Livres nouveaux.

Pratique Médicale.

INFORMATIONS

Citation à l'ordre de la nation. — Le *Journal officiel* du 27 août publie la citation suivante à l'ordre de la nation :
« Olivier-Eugène Martial, médecin lieutenant-colonel des troupes coloniales, chef du service de santé de la Côte française des Somalis, chevalier de la Légion d'honneur : a assuré, dans des conditions particulièrement difficiles, la sauvegarde de la santé de la population civile et des troupes de Djibouti avec le plus noble élan de sa jeunesse, de sa science, de son dévouement, qu'il a poussé jusqu'au sacrifice de sa vie. »

Hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Un concours pour 10 places d'internes en médecine titulaires et la désignation d'internes provisoires des hôpitaux psychiatriques de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'hôpital Henri-Rousselle (Service de prophylaxie mentale), s'ouvrira, à Paris, le 16 octobre 1939.

Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service des Etablissements départementaux d'Assistance, 1er Bureau, 2e étage, porte 227), tous les jours, dimanches, fêtes et samedis après-midi exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 4 au 16 septembre 1939 inclus.

Les candidats seront convoqués par lettres. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Légion d'honneur. — SANTÉ PUBLIQUE. — *Chevalier.* — Le docteur Marcel Bouvet, à Versailles.

Ecole du Service de santé militaire. — En raison des circonstances actuelles les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire sont ajournées.

Ministère de la Santé Publique. — Par arrêté en date du 21 août 1939, ont été maintenus en fonctions et admis au bénéfice des dispositions du titre III du décret du 15 avril 1937 :

I. — *Inspecteurs adjoints départementaux d'hygiène* : M. le Dr Bauchet, inspecteur adjoint départemental d'hygiène de l'Hérault ; M. le Dr Fournier, inspecteur adjoint départemental d'hygiène du Calvados ; Mme le Dr Moles, inspectrice adjointe départementale d'hygiène du Calvados.

II. — *Directeurs de bureaux d'hygiène* (villes de plus de 50.000 habitants) : M. le Dr Broquin-Lacombe, directeur du bureau d'hygiène de Troyes.

(Villes de moins de 50.000 habitants) : Mme le Dr Cadot (Robert), directeur du bureau d'hygiène de Drancy (Seine).

Journée médicale et pharmaceutique de Besançon pour la famille et la natalité. — A l'occasion du Congrès de la Natalité, auquel le président Daladier a annoncé sa présence, se tiendra à Besançon, le dimanche 1er octobre 1939, la deuxième journée médicale et pharmaceutique pour la famille et la natalité. Elle est organisée par *Médecine et Famille*, association des médecins amis de la famille et des familles nombreuses médicales et par l'association des pharmaciens pères de familles nombreuses.

L'Académie de Médecine lui a accordé son patronage et sera représentée à Besançon. La plupart des facultés et écoles de médecine enverront des délégués. Les associations médicales sont particulièrement invitées et, en premier lieu, tous les syndicats médicaux. Le secrétaire de la Confédération des syndicats médicaux de France se rendra à Besançon, le 1er octobre.

A l'ordre du jour, figurent notamment le nouveau régime des allocations familiales dans le corps médical et pharmaceutiques ; les premiers résultats de la répression de l'avortement ; l'organisation des études démographiques notamment pour les étudiants en médecine et en pharmacie ; la lutte antialcoolique et la dénatalité ; l'exode rural.

Cette dernière question sera étudiée en liaison avec les assises régionales de la médecine française et en présence du Dr Godlewski.

Les séances de travail auront lieu le dimanche matin et l'après-midi. Un déjeuner auquel les femmes des confrères et leurs grands enfants sont cordialement invités, réunira les participants auxquels se joindront certainement de nombreuses personnalités du Congrès de la Natalité et en particuliers les différents dirigeants des associations familiales créées récemment à l'instar de *Médecine et Famille*, notamment *Droit et Famille* (président : bâtonnier Fourcade, secrétaire général : Me Toulemon), *Architecture et Famille*, *Assurance et Famille*, et également Me Lebel, notaire à Nantes, qui a eu le mérite de mettre au point, depuis fort longtemps, la Caisse d'allocations familiales des Notaires français avant le vote de la loi de 1932.

Des médecins suisses prendront part à cette journée ; ils apportent un concours précieux sur certaines questions particulièrement délicates concernant l'avortement.

Le Comité local de la journée médicale et pharmaceutique de Besançon se compose du Dr Ledoux, directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon, président ; du Dr Volmat, président de l'Union Syndicale des Médecins du Doubs et M. Demenge, président du Syndicat des Pharmaciens du Doubs, vice-présidents ; Dr Bidault, secrétaire de l'Union Syndicale des Médecins du Doubs, secrétaire ; Dr Heitz, de Besançon, trésorier.

Les membres du Comité sont : Dr Jacquard, de Nods (Doubs) ; Dr Pize, Quingey (Doubs) ; Dr Blanchard, président du Syndicat médical de la Haute-Saône ; Dr Butzbach, président du Syndicat médical de Belfort ; Dr Bourgeat, président du Syndicat médical du Bas-Jura ; Dr Retel, Tavaux (Jura) ; Dr Aigrot, président de la Fédération des syndicats médicaux du Jura ; Dr Longin, Dijon ; M. Rayot, président du Syndicat des pharmaciens du pays de Montbéliard.

Inscrivez-vous, dès aujourd'hui et adressez vos communications et toutes demandes de renseignements au secrétariat de *Médecine et Famille*, 84, rue de Lille, Paris (7e), ou au Dr Ledoux, directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon, 74, Grande-Rue, à Besançon.

Xe Congrès de la Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord (*Casablanca - Rabat*, 21, 22 et 23 *mars* 1940). — La Fédération des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord, tiendra au Maroc, en 1940, son dixième Congrès annuel.

La question mise à l'ordre du jour du Congrès est : « Les maladies du sang en Afrique du Nord ».

Des rapports seront présentés par l'Algérie, la Tunisie et le Maroc; les communications se rapportant aux maladies du sang seront acceptées. Les questions suivantes seront plus particulièrement étudiées et feront l'objet des rapports :

— Leucémie myéloïde et état pré-leucémique
— Agranulocytoses
— Paludisme et maladies hémolytiques
— Anémie infectieuse des équidés

Le Comité d'Organisation s'est également assuré la collaboration de Maîtres de la médecine, qui feront des conférences, soit sur le sang, soit sur d'autres sujets.

En dehors des fêtes et des réceptions qui seront offertes aux congressistes, un programme touristique a été prévu et qui sera publié ultérieurement.

Le Comité d'organisation est ainsi composé :

Président du Congrès : Dr Dubois-Roquebert. — Vice-présidents : Dr G. Blanc, directeur de l'institut Pasteur du Maroc; Dr Gaud, directeur du service de la santé publique au Maroc; M. le médecin général Vanlande, directeur du service de santé militaire du Maroc; Dr Zottner, vétérinaire, chef du laboratoire du service de l'élevage. — Secrétaire général permanent de la Fédération : Dr Sevenet. — Secrétaire général annuel du Congrès : Dr Fournier. — Secrétaires adjoints : Drs Martin et Pagès. — Trésorier annuel du Congrès : Dr Rochedieu. — Le Comité de direction de la Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc. — « Le Maroc Médical » (Dr Spéder).

Une Exposition de produits pharmaceutiques et d'instruments chirurgicaux aura lieu à Casablanca, pendant le Congrès, les 22 et 23 mars. L'organisation de cette Exposition a été confiée à l'administration du « Maroc Médical ».

Pour tous renseignements, s'adresser : Congrès : Dr Fournier, bd du 4e Zouaves, à Casablanca. — Exposition : Administration du « Maroc Médical », 18, rue d'Alger, à Casablanca.

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine le décès, survenu à l'âge de 88 ans, du docteur Albert Brault, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre titulaire de l'Académie de médecine, dans la section de médecine, depuis 1911. Ses obsèques ont eu lieu dans l'intimité le 28 août à l'Eglise de la Madeleine, à Paris.

Le Dr Alphonse Debuchy (de Tourcoing). Nous prions son fils, le Dr Joseph Debuchy (d'Armentières) de recevoir l'expression de nos vives condoléances.

Renseignements

J. fil., 25 a., bon. fam., cher. sit. secr. méd. p. oct. proc. Ecr. Mlle Lila Haccour, Escheutzwiller, p. Mulhouse (B.-R.).





REVUE GENERALE

LES STAPHYLOCOCCIES GRAVES DE LA FACE (1)

(Cellulite de la face)

Par MM. H. Duboucher et G. Duboucher

DIAGNOSTIC

Quand apparaît, autour d'une lésion à staphylocoque de la face, un placard plus ou moins épais, adhérent au derme et plongeant dans le tissu sous-cutané, recouvert par des téguments violacés et marbrés parfois vineux et pigmentés, il s'agit de cellulite.

Elle est à distinguer du placard inflammatoire qui entoure habituellement le furoncle et l'anthrax par sa progression rapide sans aucun épaississement marqué et sans production de nouveaux foyers de nécrose.

Elle se différencie de l'*érysipèle* par la couleur des téguments, son épaisseur sous-cutanée, l'absence de bourrelet aux limites, l'extension aux espaces profonds de la face et vers la muqueuse buccale, l'envahissement de l'orbite, des veines, des lymphatiques. L'anthrax profond de la face laisse palper des noyaux épais et irréguliers à la surface desquels on peut voir apparaître quelques points de nécrose.

La découverte de la *porte d'entrée* est parfois impossible et un examen superficiel peut, en certaines régions, être responsable d'une erreur importante (parotidite).

L'extension de la cellulite est facile à apprécier en surface ; il importe d'en estimer la *profondeur* par la recherche de la mobilité sur les plans musculaires, la palpation combinée intra et extra-buccale, l'exploration de la zone ptérygoïdienne.

La *pénétration orbitaire* est annoncée par l'apparition d'une rougeur discrète, puis évidente, de la conjonctive du cul-de-sac inférieur. C'est là un symptôme majeur pour la conduite chirurgicale : son existence, si elle ne contre-indique pas forcément la ligature de la veine angulaire, interdit le creusement d'un sillon périorbitaire d'arrêt, geste alors insuffisant et inutile.

L'extension orbitaire s'accompagne des signes classiques de la cellulite d'avant en arrière : rougeur conjonctivale à laquelle succède un chémosis inflammatoire discret. L'évolution est progressive, parfois lente, et c'est tardivement qu'apparaissent la fixation du globe, les signes moteurs oculaires, les modifications du fond de l'œil. L'exophtalmie est progressive et l'œdème des paupières se complète de bas en haut. Les signes orbitaires sont dus à l'œdème et à l'infiltration et, comme ceux-ci, progressifs.

Il en est tout autrement quand la *phlébite* prédomine sur l'infiltration. Lorsque la *veine ophtalmique* est obturée, la stase ajoute à l'œdème actif un degré important d'œdème passif qui vient surcharger la symptomatologie d'une façon plus ou moins brusque en exagérant l'œdème palpébral, le chémosis, l'exophtalmie et la stase du fond de l'œil. Celle-ci s'oppose franchement à l'ischémie oculaire par thrombose ou embolie artérielle.

La symptomatologie de la *phlébite ophtalmique ou caverneuse* est bien rarement pure. Elle est faite alors de stase passive rapidement constituée, parfois d'emblée maxima dans sa forme rapide, ou au contraire de stase veineuse lente dans la forme avec compensation circulatoire. L'irritation des nerfs de la paroi du sinus apparaît brusquement.

La forme postérieure, d'origine ptérygoïdienne, peut réaliser la forme phlébitique du sommet de l'orbite comparable aux formes d'origine otitique, mastoïdienne ou sinusienne.

En pratique, le *diagnostic entre la phlébite du sinus caverneux et la cellulite orbitaire est fort malaisé.* Nombre de symptômes sont communs aux deux localisations : chémosis, exophtalmie, paralysie des nerfs moteurs de l'œil. Une certaine différence peut être observée dans l'évolution clinique, notamment dans l'apparition des lésions nerveuses, la rapidité de la constitution et le degré de l'exophtalmie, du chémosis, de la stase du fond de l'œil. Ce ne sont parfois que de simples nuances, difficiles à apprécier et qui ne peuvent apporter la conviction. Un signe nous paraît cependant d'une réelle valeur pathognomonique, le *passage de la phlébite d'un sinus caverneux au côté opposé par le sinus coronaire.* En dehors de toute cellulite plongeant dans le deuxième orbite, en l'absence de toute rougeur du sinus conjonctival inférieur ou des angles interne ou externe de l'œil, on voit apparaître, dans toute leur pureté, les signes orbitaires d'une phlébite primitive du sinus caverneux opposé.

L'observation d'un fond d'œil ischémique par *thrombose ou embolie de l'artère centrale de la rétine* signale parfois l'existence de la phlébite du sinus. Le signe est de haute valeur, mais non pathognomonique, l'artérite ophtalmique pouvant tout aussi bien se produire primitivement dans le trajet rétro-bulbaire, l'artère carotide interne restant indemne.

Les *formes pariétales de la phlébite du sinus caverneux* ne provoquent pas de stase veineuse, mais des phénomènes généraux témoignant de l'infection sanguine.

La forme pariétale légère se traduit par des phénomènes septiques atténués : bouffées bactériémiques dont la réalité s'inscrit sur la courbe thermique, s'annonce par des frissons et s'affirme par l'irrégularité de l'hémoculture.

Dans la *forme hyperseptique pariétale ou suppurée,* les grands frissons se répètent plusieurs fois dans la journée, la courbe oscille considérablement ou, au contraire, se maintient très haut ; l'hémoculture est constamment positive.

Que la *cellulite périméningée* provienne de l'orbite par propagation ou qu'elle débute par une périphlébite du sinus caverneux, la symptomatologie est toujours celle d'un méningisme avec réaction cytologique et albumineuse du liquide céphalo-rachidien, véritable réaction congestive, puriforme et aseptique. L'origine de la *méningite* vraie avec présence du

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 68.

germe dans le liquide céphalo-rachidien ne peut davantage être précisée.

La *phase bactériémique* de la maladie s'annonce par quelques frissons irréguliers. Seule, la culture répétée du sang, avec ses résultats variables, permet ce diagnostic. Celui-ci est fort important quant au traitement chirurgical.

La *phase septicémique* s'affirme par des signes cliniques sévères : température très élevée, frissons répétés, phénomènes généraux intenses, excitations nerveuses, inhibitions parenchymateuses, finalement sidération des centres nerveux supérieurs et coma terminal. L'hémoculture est définitivement positive et souvent massive.

Le *passage à la septico-pyohémie* débute par une amélioration des symptômes généraux, puis par des ébauches de métastases qui vont s'affirmant. Celles-ci, souvent profondes (atmosphère périrénale, prostate), sont parfois longtemps inapparentes (cellulite périrénale) ; elles peuvent témoigner une affinité particulière pour certains systèmes (os, articulations, espaces celluleux, parenchymes, muscles) ; mais pas plus que la bactériémie ou la septicémie, rien de particulier ne caractérise la septico-pyohémie et la pyohémie secondaires aux staphylococcies de la face : leurs symptômes sont ceux de toutes les septicémies et pyohémies à staphylocoque.

PRONOSTIC

La distinction d'un aussi grand nombre de formes cliniques que précédemment, outre qu'elle se rapproche plus de la réalité qu'une classification trop schématique, a l'avantage de permettre un pronostic plus précis. Celui-ci est fonction du germe et des réactions générales et locales de l'organisme. Il s'étaye sur l'importance des facteurs relevés par la clinique et le laboratoire, facteurs qui se hiérarchisent comme dans toute staphylococcie.

Les *facteurs bactériens* se classent dans l'ordre de de sévérité suivant : nécrotique, hémolytique, leucocidique, antiréticulo-endothélial, inhibant et sidérant.

L'intensité des *facteurs locaux* et, partant, de la nécrose, est en général favorable. Ils sont des phénomènes de défense active (inflammation et phagocytose) ou de défense passive par élimination (suppuration et gangrène). Il faut cependant que la réaction inflammatoire et l'élimination restent proportionnées aux besoin de la défense et ne les débordent pas de façon incoordonnée (*forme gangréneuse*).

Les *facteurs sanguins* ont une plus grande importance pronostique. L'hémolyse ne dépasse pas en général un degré tolérable. Le facteur leucocidique a davantage de signification. Certains auteurs étrangers donnent à la *leucocytose* une grande valeur pronostique. Ils estiment que, lorsqu'elle dépasse 15.000 et la proportion des polynucléaires 75 %, l'évolution sera favorable. Ce test leucocytaire, vrai dans nombre de cas, n'a cependant pas une valeur absolue et il vaut mieux un petit nombre de leucocytes aguerris qu'un grand nombre de polynucléaires asthéniques. L'insuffisance du *test leucocytaire* témoigne qu'il faut distinguer entre la granulopoïèse et la défense leucocytaire.

Bien plus grande est la signification de l'aptitude de l'organisme au *choc provoqué*, aptitude que l'on met le plus souvent à l'actif du tissu réticulo-endothélial. Nous connaissons l'importance des réactions locales du tissu réticulo-endothélial qui fait la plus grande part des frais de la phagocytose et assure la sécrétion des anticorps dans le foyer. Son importance générale est plus grande encore. Il faut hautement souligner la valeur pronostique du choc provoqué : nous n'avons jamais observé la guérison d'une staphylococcie grave dans les cas d'indifférence absolue au choc, même dans sa forme la plus minime. La réciproque n'est pas vraie : on peut voir l'aptitude au choc s'émousser, puis disparaître et la mort se produire. Inversement, l'aptitude au choc peut se développer progressivement d'une incitation à l'autre.

Les symptômes *d'imprégnation organique* par les toxines microbiennes ont une valeur pronostique encore plus précise. Et parmi eux ce sont les signes nerveux qui dominent, excitation, puis inhibition. Il serait cependant inexact de négliger les troubles parenchymateux et notamment les inhibitions glandulaires dont les plus importantes sont les déficiences hépatiques et les insuffisances rénales. Les troubles cardiaques n'ont qu'une importance terminale, sauf dans certains cas de *myocardite* ou *d'endocartite*. Les troubles des glandes digestives ont aussi leur importance; mais celle-ci est de beaucoup dépassée par celle des déficits endocriniens et les atteintes des grands métabolismes.

TRAITEMENT

Le traitement de la cellulite à staphylocoque de la face résulte du *bilan clinique* établi pour chaque malade. Si de grandes lignes thérapeutiques peuvent être données, il est des adaptations qui reposent sur les nombreuses variations individuelles.

1° *Le traitement prophylactique* s'impose dans toute staphylococcie de la face, quelle que soit l'exiguité de ses dimensions. Il n'est pas de staphylococcie négligeable de la face. Plus que partout ailleurs, une petite staphylococcie est une grande staphylococcie en puissance.

Ces remarques s'appliquent particulièrement aux lésions de la lèvre supérieure, de l'aile du nez et de la cloison nasale, du seuil narinaire et des paupières. Mais elles s'appliquent aussi à toute autre localisation sur les téguments ou les muqueuses.

L'un des moyens thérapeutiques les plus efficaces contre les staphylococcies débutantes de la face est la *radiothérapie*, à la condition qu'elle soit légère et précoce. Elle ne doit pas gêner la réaction des éléments réticulaires et leucocytaires ou endothéliaux, sous peine d'être néfaste. Elle doit simplement modérer cette réaction dans ce qu'elle a d'excessif et non l'anihiler. Son mode d'action est discuté : action sur le système végétatif local et notamment sur les nerfs vaso-moteurs, action sur les réflexes dont le foyer est l'origine, action modérante sur le rajeunissement des

cellules histiocytaires. On a encore invoqué une action sur les germes eux-mêmes qui perdraient l'aptitude à se diviser, ou même seraient lysés, libérant ainsi leurs antigènes somatiques, et leurs corps constituants susceptibles de provoquer un effet de choc ou l'apparition d'anticorps.

L'infiltration locale par le *bactériophage*, associé ou non à *l'antivirus*, est un procédé thérapeutique de très haute valeur sous la condition d'être employé précocement aussi et suivant des règles précises.

L'infiltration ira de la périphérie, où elle sera largement débordante, au centre jusqu'à voir le liquide jaillir par les orifices de nécrose s'il en existe. Elle sera faite, pour éviter la douleur, très lentement et à l'aide d'une aiguille fine. Elle sera complétée à l'occasion par l'insémination à travers les perforations tégumentaires. En principe, elle ne sera pas répétée, le bactériophage obéissant localement à la loi du tout ou rien.

L'infiltration est, dans les cas favorables, suivie d'une violente réaction de foyer qui, atténuée par les moyens antiphlogistiques, ne dure que vingt-quatre ou trente-six heures : choc local, réaction aux impuretés du bactériophage, effet mécanique, nous ne saurions préciser. Il nous a parfois semblé que l'adjonction *d'antivirus* atténuait la réaction.

La réaction focale n'atteint jamais une intensité inquiétante. Les cas d'échec de l'infiltration locale par le bactériophage et l'antivirus sont, par contre, ceux qui ne donnent aucune réaction. Le principe lytique laisse les germes hypervirulents indifférents : c'est un agent utile au début de l'infection avant que la virulence bactérienne ait pu se développer, ou à l'approche de la guérison quand cette virulence s'atténue. En pleine virulence, l'infiltration locale ne peut avoir qu'un effet diffusant. Elle est un moyen prophylactique de la cellulite, mais n'a aucune action curatrice sur elle.

A titre prophylactique de la cellulite de la face, on peut encore employer le bactériophage par voie générale, sous-cutanée ou intra-musculaire. On l'emploie même par voie buccale. Ces pratiques paraissent de quelque utilité.

Les moyens antiphlogistiques, et particulièrement les *pulvérisations chaudes* prolongées et répétées, ont une action localisatrice, spécialement quand il paraît nécessaire d'activer la circulation par vaso-dilatation artérielle. La circulation veineuse devrait, au contraire, être ralentie : ce résultat est spontanément obtenu par l'œdème mou qui entoure la lésion et réalise une stase qui répond à un effet Bier spontané.

La *vaccinothérapie* et l'*anatoxinothérapie* sont susceptibles d'une certaine action prophylactique dans les formes lentes. Loin de s'opposer l'une à l'autre, les deux méthodes se complètent : l'anatoxine est une exotoxine détoxifiée ; les vaccins bactériens contiennent les antigènes somatiques dont on connaît la haute importance dans la provocation de l'immunité.

L'une et l'autre ajoutent à leur action immunisante un certain effet choc non négligeable. L'introduction de l'antigène par voie sous-cutanée ou intramusculaire loin du foyer crée un nouveau centre de formation d'anticorps. L'absorption des vaccins par voie buccale n'est peut-être pas inutile.

Il est à remarquer que la sécrétion d'anticorps provoquée par l'injection d'anatoxine ou de vaccin bactérien demande un certain temps à se produire : la méthode est prophylactique et préventive de la cellulite à staphylocoque ; elle est seulement applicable aux staphylococcies localisées dans lesquelles aucun génie microbien excessif et à développement rapide n'est en jeu.

La prophylaxie de la cellulite de la face à staphylocoque doit s'occuper encore des *métabolismes* principaux et notamment de celui des glucides, des carences inapparentes en vitamines B et C, du fonctionnement général des parenchymes et particulièrement de ceux de la glande hépatique et des glandes endocrines. Les substances minimales ont une importance non négligeable dans les défenses organiques : cela est particulièrement vrai dans les staphylococcies.

Mais c'est la *thérapeutique d'alerte du système réticulo-endothélial* qui a la plus haute valeur prophylactique et le choc thérapeutique sera recherché dès que la lésion primitive montre quelque tendance extensive, par exemple par l'injection sous-cutanée de cultures vieillies (Propidon).

2° C'est à la *phase de cellulite de la face* que la grande bataille va être livrée au staphylocoque. Il faut distinguer avec soin les deux périodes de l'évolution : période présepticémique et période septicémique. La phase pyohémique pose un problème plus simple.

A. — Le traitement a la phase présepticémique doit mettre en œuvre déjà tous les grands moyens. L'absence de septicémie sera affirmée par la négativité constante d'hémocultures faites au bon moment (frissons) et répétées tous les jours et même plusieurs fois par jour : c'est le seul moyen de « sortir » une bactériémie ou une septicémie transitoire ou inconstante.

A la phase de cellulite des staphylococcies de la face, la *radiothérapie n'a plus grande efficacité* et l'*infiltration locale de bactériophage antivirus ne peut qu'être dangereuse.* Les deux méthodes sont à rejeter.

L'*anatoxinothérapie et la vaccinothérapie n'ont plus aucune indication* en tant que moyens d'antigénothérapie. Le temps que demande la sécrétion d'anticorps les rend inutiles. Et les rares cas de succès mis à leur actif sont dus à un effet choc et non à la production d'anticorps. L'action des vaccins et de l'anatoxine est alors d'autant plus marquée que la réaction est plus intense. A ce titre, l'effet choc reste en général trop faible et mieux vaut employer d'autres moyens de le provoquer.

Puisque la formation spontanée ou provoquée d'anticorps demande un certain temps, il est indiqué de suppléer à leur absence par la *sérothérapie passive.* Malheureusement, le staphylocoque est aussi mauvais antigène chez l'animal que chez l'homme et l'obtention d'un sérum richement antitoxique est très difficile. Et les sérums antistaphylococciques préparés dans les divers pays restent d'une efficacité limitée. C'est cependant à la phase présepticémique qu'ils ont leur

plus grande utilité, empêchant, par la saturation des exotoxines, l'asthénie leucocytaire.

Employée ainsi précocement, la sérothérapie est douée d'une réelle valeur thérapeutique et mérite une bonne place dans le traitement des staphylococcies graves de la face. Elle sera abondante et proportionnée à l'individu, à la gravité de l'imprégnation générale, aux variations de la leucocytose et de la formule leucocytaire, à l'hémolyse et même à l'intensité de la nécrose, à la diminution de l'aptitude de l'organisme au choc provoqué, au retentissement sur les divers parenchymes et les centres nerveux. La voie d'introduction de choix est la voie veineuse ; la voie rectale a, aussi, une haute efficacité.

Comme dans toute infection à immunisation précaire, difficile et transitoire, le *choc provoqué* a, dans les staphylococcies extensives, une importance remarquable et de premier plan. Il peut être obtenu par l'injection sous-cutanée de produits divers : métaux colloïdaux, huile soufrée, cultures microbiennes vieillies, etc. Il est plus constant après l'injection intra-veineuse de corps microbiens tués ou lysés. La façon la plus efficace de l'obtenir dans les staphylococcies graves est l'*injection intra-veineuse de bactériophage.*

Quel que soit le mode d'action de cette introduction dans la masse sanguine (Sauvé, Bazy), qu'il s'agisse d'une lyse microbienne ou d'une simple bactériothérapie ou d'une peptonothérapie accidentelle, la réaction violente est généralement suivie d'une atténuation immédiate de la lésion locale pendant que les phénomènes généraux diminuent.

Le *choc bactériophagique*, obtenu par l'injection intra-veineuse, est certainement le moyen le plus actif d'obtenir la rétrocession et la guérison, parfois étonnamment rapide, de la cellulite de la face à staphylocoque. C'est la thérapeutique la plus efficace et dont l'action est la plus étendue. Elle donne encore de beaux résultats quand tout autre moyen a échoué. L'important est de l'employer précocement, avant la phase sanguine de la maladie et même avant tout développement local avancé. L'acuité des phénomènes généraux, de la fièvre, de l'imprégnation toxinique, n'est pas une contre-indication, bien au contraire.

L'injection sera répétée autant qu'il sera nécessaire à un ou deux jours d'intervalle. L'intensité du choc sera modérée, s'il y a lieu, par l'éphédrine, l'adrénaline, le calcium. Il n'y a aucun intérêt à employer un bactériophage trop purifié.

Parfois, le choc, très léger, ne s'extériorise que par quelques frissons, un peu de céphalée, une transpiration, de l'agitation ou de l'insomnie, une réaction polyurique. Il est alors indiqué de renouveler quotidiennement l'injection : on verra souvent ainsi l'aptitude au choc se développer et l'effet thérapeutique s'affirmer plus ou moins rapidement.

D'autres fois, le choc, violent à la première injection, s'atténue aux piqûres suivantes : l'effet favorable est moins assuré.

Il ne faut pas cesser ni atténuer le traitement dès que l'amélioration est esquissée, sinon le développement de la lésion reprend et l'action thérapeutique s'émousse très vite. Une légère albuminurie, une glycémie discrète, la céphalée et l'asthénie ne doivent pas en imposer et faire suspendre la médication.

Le bactériophage a été employé aussi par voie intra-artérielle, mais en général trop tardivement. La méthode ne paraît pas supérieure à la voie intra-veineuse. L'injection peut se faire dans la carotide primitive ponctionnée à travers les téguments, technique permettant la répétition de l'injection même des deux côtés.

L'injection intra-veineuse de principe lytique ne paraît pas agir par lyse microbienne dont les produits résorbés provoqueraient le choc. La lyse ne se réalise pas dans les infections sévères, l'injection intra-veineuse introduit simplement des substances protéiques étrangères : principe lytique lui-même, éléments des milieux de culture, germes non pathogènes contenus dans le liquide injecté, etc. Toute substance albuminoïde étrangère conduit au même résultat : vaccin quelconque, peptone, etc.

B. — A la phase septicémique, le traitement des staphylococcies répond encore aux mêmes directives.

Le *choc* par injection intra-veineuse de principe lytique, de corps bactériens ou de peptones reste l'arme la plus efficace. Mais la réponse de l'organisme est irrégulière, inconstante, nulle parfois. Le substratum du choc provoqué, vraisemblablement le système réticulo-endothélial, est inhibé par l'imprégnation toxinique et avec l'aptitude au choc disparaît la plus grande possibilité thérapeutique dans les staphylococcies graves. L'absence de réaction, aussi minime fut-elle, après l'injection intra-veineuse de bactériophage est d'un pronostic à peu près toujours fatal.

Il faut souligner de nouveau que l'exacerbation de l'aptitude au choc provoqué peut encore se développer ici sous l'incitation répétée. On aura ainsi quelquefois, résultat presque inespéré, la transformation d'une septicémie en pyohémie dont la gravité est souvent beaucoup moins élevée.

L'*antitoxinothérapie* massive sera combinée au choc provoqué et apportera peut-être quelque appoint thérapeutique. De très hautes doses de sérum seront introduites par voie rectale, sous-cutanée, intra-veineuse, et même intra-artérielle. Elles sont nécessaires à la dissociation des complexes formés par les toxines fixées sur les éléments nerveux et les divers parenchymes, complexes facilement irréversibles.

Malgré l'emploi de très hautes doses de sérum, il est habituel de voir l'intoxication générale de l'organisme persister toujours plus sévères : la fixation sur les organes, les parenchymes et les tissus est indissociable ; la sérothérapie arrive trop tard.

Quelques *moyens généraux* peuvent avoir une certaine efficacité contre les staphylococcies graves de la face.

La *transfusion sanguine* tend au remplacement des hématies et des leucocytes détruits ; elle apporte les substances minimales dont l'organisme a besoin (hormones) et les anticorps naturels du sang.

L'*immuno-transfusion* fournit davantage d'anticorps. On la pratique avec du sang de convalescent prélevé avant la fin du troisième mois après la maladie ou bien avec le sang d'un donneur vacciné. L'im-

munisation antistaphylococcique est très éphémère et les donneurs doivent être revaccinés souvent.

La *leuco-transfusion* utilise le sang d'un donneur ayant subi l'action d'une médication leucogène (injection d'huile soufrée, etc.) ; le choc produit chez le donneur par l'injection préparante confère peut-être au sang certaines propriétés ; l'injection apporte un plus grand nombre de neutrophiles.

La *leucothérapie* peut prendre une forme banale : abcès de fixation, pyothérapie.

La *vitaminothérapie* sous forme de facteurs B et C peut obvier à une carence même légère.

La *régulation des métabolismes*, et particulièrement celui des glucides, est à rechercher. L'hyperglycémie transitoire occasionnelle est fréquente dans les staphylococcies ; elle peut nécessiter l'emploi de l'insuline.

Le rétablissement d'un *équilibre acido-basique anormal* peut avoir son importance : il n'est pas de petit moyen dans le traitement d'une maladie aussi grave.

Les injections d'*extraits glandulaires* ne sont pas inutiles : les extraits hépatiques et les stimulants fonctionnels du foie peuvent notamment avoir quelque action.

La *chimiothérapie* des affections graves à staphylocoques ne paraît pas avoir une grande efficacité, même dans ses formes actuelles.

Les injections intra-veineuses ou intra-artérielles de cuivre, de mercuro-chrome, de violent de gentiane d'acridine sont peu efficaces.

Les sulfamides employées en ingestion ou par voie sanguine et même artérielle ou intra-rachidienne donnent rarement satisfaction. On a cependant observé des cas de guérison de méningite à staphylocoque par l'injection intra-rachidienne d'une solution sulfamidée.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

La chirurgie n'a aucun droit sur la cellulite de la face à staphylocoque. A peine peut-on tolérer une pointe fine de *galvanocautère* ou de *thermocautère* sur la mince pellicule qui recouvre un bourbillon nécrotique ou un abcès localisé. La ponction au bistouri peut être nocive. *L'expression* est formellement interdite ainsi que *l'aspiration* avec une petite ventouse : nombre de bactériémies avec métastases éloignées cortico-rénales ou périnéphrétiques, d'abcès de la prostate, etc., sont ainsi déterminés tout comme peuvent l'être la cellulite ou la septicémie.

La chirurgie ne reprend quelque droit que dans les rares cas d'abcès et dans les complications par extension orbitaire ou veineuse.

La *ligature de la veine angulaire* de la face, atteinte de phlébite, avec ou sans périphlébite, à la simple prétention de fermer la voie de communication principale avec les veines de l'orbite. Réalisée à l'anesthésie locale, c'est une intervention insignifiante. Théoriquement indiquée, il est malaisé de juger de ses résultats. Elle ne peut empêcher la cellulite de plonger dans l'orbite.

La *ligature de la veine faciale*, et même de la *jugulaire interne*, peut trouver son indication dans la phlébite faciale ou la phlébite caverneuse. Elle tend aussi à protéger le courant sanguin, mais ne peut pas davantage arrêter la cellulite.

Pour immobiliser le feutrage du sinus caverneux et limiter l'extension de la phlébite, on a proposé la *ligature de la carotide interne* ou au moins de la *carotide primitive*, ligature qui assure la disparition des battements artériels (Eagleton).

La création d'un *sillon périorbitaire* à la diathermo-coagulation, sillon atteignant l'os, créé assez tôt pour être à distance au delà de la cellulite apparente, est plus efficace contre l'extension orbitaire de la cellulite. Le sillon, laissé béant, formera un croissant sur les rebords inférieur et interne de l'ouverture orbitaire, respectant l'innervation de l'orbiculaire bien qu'une paralysie de ce muscle soit négligeable devant l'énormité du danger vital. L'efficacité du procédé est très limitée. Son emploi sera précoce et précédera la rougeur du cul-de-sac conjonctival inférieur, signe avant-coureur de l'*infection orbitaire*.

Contre celle-ci, les *incisions classiques* sont inefficaces, peut-être dangereuses en dehors du cas exceptionnel de suppuration collectée. Le curage de l'orbite avec énucléation de l'œil serait-il plus efficace ? Devant la gravité vitale de la lésion, un pareil geste serait légitime, s'il apportait quelque succès.

Le *drainage de la cellulite de la base et de la thrombo-phlébite du sinus caverneux* a tenté quelques opérateurs (Eagleton, etc.). Par oébitotomie avec résection de la paroi externe suivant Krönlein, emportant l'os malaire et avec ou sans curage de l'orbite, on aborde la région caverneuse par la fente splénoïdale agrandie à la pince-gouge en mordant sur la grande aile du sphénoïde, incise le sinus, dilacère prudemment les espaces péricarotidiens et sous-méningés et tamponne à la gaze iodoformée après électro-coagulation ou non. *La ligature de la veine jugulaire interne* est un complément logique de l'intervention qu'elle doit d'ailleurs précéder.

La légitimité d'un pareil traitement est encore fort discutée. Il apparaît sans utilité dans la septicémie bien installée avec multiplication bactérienne dans le sang et hémoculture constamment et massivement positive à toute heure de la journée. Il est inutile si les hémocultures, toujours très fréquentes, restent constamment positives et massives après la ligature préalable de la veine jugulaire interne.

Par contre, en dehors d'une méningite confirmée et étendue ou d'un envahissement définitif du sang par un germe microbien pullulant maintenant dans le torrent circulatoire et même dans la phlébite hyperseptique, pariétale ou oblitérante, suppurée ou non, le traitement direct de la phlébite du sinus caverneux ou de la périméningite de la base du cerveau mérite d'être discuté, tant les cas de guérison spontanée sont rares à ce stade.

Il est vraisemblable que les succès seront exceptionnels, si tant est que l'entourage du malade accepte l'intervention. Aussi, faut-il tout employer pour arrêter la cellulite avant l'invasion orbitaire qui marque le début de la phase de haute gravité de la maladie. *Le traitement de la lésion primitive, prophylactique de la cellulite sera engagé à fond dès le début.* Les élé-

ments essentiels en sont la radiothérapie, l'infiltration de bactériophage, le choc provoqué, la sérothérapie. Dès l'apparition de la cellulite, la radiothérapie et l'infiltration de bactériophage seront abandonnées et la sérothérapie renforcée. Le choc provoqué sera recherché par l'injection intra-veineuse de substances peptonées, de corps microbiens morts et surtout de bactériophage.

Le pronostic de la maladie sera ainsi parfois profondément modifié sauf dans les cas de cellulite hyperseptique avec évolution suraiguë ou fulminante, qui paraissent au-dessus des ressources actuelles de la thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

Wells P. Eagleton. Thrombo-phlébite infectieuse du sinus caverneux. Masson et Cie, Paris, 1926.

Auvert (Mlle P.). Cellulite septique diffuse à forme érysipélatoïde d'origine staphylococcique (*Thèse Bordeaux*, 1932).

Pike. Dépression des phagocytes par les produits du staphylocoque (*J. Pathol. and. Bactér.*, 1932, 55, 211-258).

Nelis. L'immunité antitoxique staphylococcique (*Revue d'Immunologie*, I, 22 mars 1935).

Desjardins. L'action des rayons X et du radium sur les processus inflammatoires (*Radiology.*, 1937, 29, 435).

Irisarri. Radiothérapie des furoncles de la face (*Revue de Laryn., d'Otol. et de Rhinol.*, 58, 10, déc. 1937).

Maes. Infection des zones dangereuses de la face (*Surgery*, 2, 5, nov. 1937).

Ritter. Traitement du furoncle de la face (*Brun's beitr. Z. Klin. chir.*, 168, 4, décembre 1937 et *Zentr. f. chir.*, 64, 48, 27 oct. 1937).

Steinmann. Injection de bactériophage intra-carotidien pour le traitement des furoncles du nez avec début d'extension vers le sinus caverneux (*Schweitz. Médiz. Wochens.*, 67, 49, 4 déc. 1937).

Terrasse. Les staphylococcies malignes de la face (*Thèse Paris*, 1937).

Agosta. Le comportement du système réticulo-endothélial dans des septicémies à staphylocoque (*Archivio Italiano di Chir.*, 45, I, 15 janvier 1938).

Delaunay. L'immunisation antistaphylococcique conférée par l'anatoxine (*Revue d'Immunologie*, 4, 1er janvier 1938).

Curtillet, Laffargue et Fabiani (*Ann. d'Anat. Pathol.*, 15, 3, mars 1938).

J. Gosset et L. Léger. Anthrax de la lèvre supérieure compliquée de thrombo-phlébite du sinus caverneux (Bibliographie), et A. Charbonnier : à propos des anthrax de la lèvre supérieure, compliqués de trombo-phlébite du sinus caverneux. Rapport de Toupet. Discussion : Lardennois, Métivet, Béclère, Chevassu, Gatelier, Moulonguet, Ameline (*B. M. Ac. de Chir. Paris*, 64, 25, 26 octobre 1938 : 1086).

Leriche (*Gaz. des Hôp.*, III, 97, 3 décembre 1938).

G. Pascalis. Traitement esthétique de l'anthrax facial (*Gaz. des Hôp.*, n° 102, 1938).

Patel et Moiroud. 87e Congrès de l'Association Française de Chirurgie, 17-22 octobre 1938. Formes cliniques et traitement des septicémies à staphylocoques d'ordre chirurgical (*Journal de Chirurgie*, 52, 4 octobre 1938).

Von Novack. Le furoncle de la face (*Ergebnisse der Chir. und Orthop.*, 31, 1938).

Terracol. Le furoncle de la face et la R. X. thérapie (*Bull. Méd.*, 52, 8, 19 févr. 1938).

Ramon, Bocage, Boivin, Mercier, Richou et Defranc. Anatoxinothérapie antistaphylococcique (*Presse Médicale*, 48, 890 et 50, 929 (1938).

Bocage, Mercier et Richou. Le traitement des staphylococcies par l'anatoxine spécifique brute et purifiée (*Presse Médicale*, 1939, 15 février, 243).

Sauvé (*Société nat. de chir. et Acad. de chir.*, B. M., 55, 31, 30 nov. 1929 ; 59, 9 : 15 mars 1936 ; 59, 30 : 25 nov. 1933 ; 60, 33 : 15 déc. 1934 ; 60, 27 : 3 nov. 1934 ; 56, 9 : 15 mars 1930).

Jacques, Mathieu, Guibal, Sauvé. Un cas d'œdème malin généralisé de la face à staphylocoque avec septicémie (*B. M. Ac. de Chir. Paris*, 65, 8, 1er mars 1939, 315). Suivi d'un rapport de Sauvé sur deux mémoires de Baumgartner et de H. Duboucher et d'une discussion de Cuneo, Bazy et Sauvé.

H. Duboucher et A. Manceaux. Les staphylococcies. Considérations générales, Alger, 1939.

H. Duboucher, A. Manceaux et G. Duboucher. Les infections à staphylocoques de la face. Etude clinique, Alger, 1939.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement physiothérapique moderne de la paralysie infantile, par H. Bordier, Paris, G. Doin et Cie, 1939. (*La Pratique Médicale Illustrée.*)

Essayée dès 1914, systématiquement appliquée par lui, depuis 1921, et maintenant partout utilisée avec d'excellents résultats, la méthode de l'auteur associe la radiothérapie pénétrante avec la diathermie et la galvanisation ; les rayons sont dirigés contre l'inflammation qui persiste dans les centres médullaires ; la diathermie des régions paralysées et l'électrothérapie visent à reconstituer une circulation normale, l'eutrophie et le tonus des muscles et leur valeur motrice.

L'auteur étudie les principes généraux et les conditions particulières auxquelles doit satisfaire la radiothérapie moyennement pénétrante, ainsi que les conditions auxquelles doit satisfaire l'examen électrique préalable au traitement.

La technique des diverses méthodes exposées, l'auteur résume les résultats obtenus tant par lui que par d'autres auteurs et illustre sa statistique d'un certain nombre d'observations et étudie les résultats éloignés.

L. B.

Etiologie de la sclérose en plaques, par M. Blackman. *Thèse Paris*, 1936 (Maurice Lavergne).

L'origine infectieuse de la sclérose en plaques attend encore une démonstration péremptoire. L'auteur précise les données du problème et résume les recherches antérieures touchant la transmission à l'animal et la mise en évidence des spirochètes. Il confirme les recherches et constatations de Steiner et étudie les images histologiques fournies par les imprégnations argentiques. Il paraît impossible, à l'heure actuelle, d'interpréter, d'une manière incontestable quant à leur nature, ces images, mais elles conservent, cependant, une valeur diagnostique importante.

Peut-être aussi, faut-il, dans la pathogénie de la maladie envisager le rôle possible des réactions du tissu réticulo-endothélial.

L. B.

CONGRÈS

XXIIe Congrès de Médecine Légale et de Médecine Sociale de Langue Française (1)

Paris, 5, 6, 7 juin 1939

SECOND RAPPORT

Médecine légale des paralytiques en rémission

Par M. Jean Fortineau

Responsabilité pénale. — Les délits commis par les paralytiques généraux en rémission sont rares, les crimes sont l'exception.

Les délits sont le plus souvent insignifiants; ils sont alors commis par des malades traités à un stade déjà avancé de la maladie, n'ayant par conséquent pas été améliorés notablement par la pyrétothérapie, et ayant négligé de suivre le traitement chimique complémentaire (sulfarsénol, bismuth).

Ces cas ne soulèvent, dans la pratique, aucune difficulté médico-légale : l'acte nettement pathologique traduit la persistance d'un état démentiel (vagabondage chez des sujets qui, confiés à leur famille, n'ont pas été l'objet d'une surveillance suffisante, vols, ou plutôt larcins puérils commis à l'étalage d'un grand magasin, etc.).

Il conviendra de se prononcer pour l'irresponsabilité qui aura pour corollaire l'internement.

Mais la décision médico-légale sera, dans des cas moins fréquents, beaucoup plus délicate. Il faudra éviter de prendre une mesure qui permettrait à un sujet de conserver sa liberté et, partant, de lui permettre de commettre à nouveau des délits.

La prophylaxie criminelle ne saurait consister à absoudre sans contre-partie, elle commande de prendre des mesures susceptibles d'empêcher la reprise de l'activité antisociale, surtout s'il s'agit d'un délinquant récidiviste.

On pourra, en pratique, distinguer les réactions antisociales qui se produisent quelques mois après la sortie du malade, de celles qui se manifesteront plus tardivement, après une stabilisation prolongée de la période de rémission.

Dans le premier cas, même si l'acte n'a rien de pathologique, mais que l'examen du fonds mental révèle quelques défaillances, on pourra conclure à l'irresponsabilité et à la nécessité de l'internement, mesure qui offrira le double avantage de préserver la société, en éliminant un délinquant, et de traiter à nouveau le malade.

Dans la seconde hypothèse, on admettra le principe de la responsabilité pénale. On sait, en effet, que les auteurs sont d'accord pour admettre l'extrême rareté des rechutes après quatre ans de soins réguliers. On peut, sur le plan pénal, en déduire qu'un acte commis sans caractère pathologique par ces paralytiques généraux en bonne rémission depuis plus de quatre ans n'est pas dû à un processus morbide. Le libre arbitre du sujet n'étant pas altéré, la responsabilité pénale sera admise : l'expert n'accordera pas au délinquant le bénéfice de l'article 64 du Code pénal, mais il pourra apprécier si l'existence d'anomalies mentales est susceptible d'atténuer la responsabilité du sujet.

Responsabilité civile. — Souvent des paralytiques généraux quittent un service en rémission imparfaite et peuvent provoquer un dommage; or, si ce paralytique est considéré comme étant toujours un aliéné, l'article 1382 ne lui est pas applicable, la solution traditionnelle voulant que l'aliéné soit affranchi de toute responsabilité, « toute responsabilité supposant une faute, et aucune faute ne pouvant exister quand la volonté fait défaut » (Cour de Cassation, Chambre des requêtes, 21 octobre 1901).

Cependant, la tendance actuelle de la jurisprudence visant plutôt à réparer le dommage qu'à punir la faute, il a paru contraire à la justice que l'aliéné qui, en cette qualité, échappe à une peine soit affranchi de toute responsabilité civile, actuellement admise dans certaines législations étrangères (Code allemand 1900, art. 829; Code suisse, art. 54; loi belge de défense sociale du 19 avril 1930, art. 2).

En France, la question est étudiée dans le projet de la loi Strauss (1924-1928) portant revision de la loi du 30 juin 1838. L'article 54 vise à faire cesser cette situation : « Les aliénés encourent la responsabilité civile édictée par les article 1382 et suivants du Code civil, pour les actes commis par eux en dehors de l'établissement d'internement. La responsabilité des personnes qui, en vue d'obtenir la sortie d'essai ou la sortie définitive d'un aliéné, auront assumé sa garde ou sa surveillance peut être recherchée en vertu des articles 1382 et suivants du Code civil, soit par les tiers, soit par l'aliéné lui-même. »

Le vote de cet article paraît souhaitable, toute réparation pécuniaire étant actuellement impossible à obtenir devant la juridiction civile.

Capacité civile. — Les auteurs, avant les thérapeutiques modernes, conseillaient aux familles d'introduire une demande en interdiction, auprès du président du Tribunal civil. Actuellement, la fréquence des rémissions autorise à ne pas recommander cette mesure. Mais il sera parfois utile de demander au tribunal d'ordonner, en vertu de l'article 497 du Code civil, la désignation d'un administrateur provisoire.

Testaments. — La jurisprudence a donné une interprétation très libérale à l'article 901 du Code civil qui dit : « Pour faire une donation entre vifs, il faut être sain d'esprit. » On trouve, en effet, dans la littérature, de nombreux exemples de paralytiques généraux dont les testaments, rédigés au cours d'une période de rémission spontanée, ont été reconnus valables par les tribunaux.

Ainsi, l'annulation d'un testament, difficile à obtenir au cours de rémissions spontanées non durables, le sera encore davantage quand il s'agira d'un acte rédigé au cours d'une rémission thérapeutique prolongée, même imparfaite, surtout si le testateur n'était ni interdit, ni pourvu d'un conseil judiciaire, ni placé dans un établissement d'aliénés.

Le rapporteur précise les règles qui, éventuellement, guideraient un expert.

Assurances. Contrats. — L'aliéné ou ses ayants droit éprouveront des difficultés quasi insurmontables à faire annuler un contrat d'assurance souscrit par un paralytique général impaludé en rémission.

En ce qui concerne la compagnie, il n'en sera pas de même. On sait la rigidité de la jurisprudence en matière de fausses déclarations, de réticences. La règle générale est que toute réticence ou fausse déclaration « de nature à influer sur l'opinion que l'on peut avoir du risque » suffit à entraîner l'annulabilité. L'appréciation de la déclaration appartient au juge des fonds. Il est important de noter que l'annulabilité est acquise même si la fausse déclaration a été faite de bonne foi.

L'aliéné ou ses ayants droit ne pourront donc arguer de l'inconscience de l'assuré pour écarter l'annulation.

Du point de vue de l'exécution du contrat, on pourrait envisager, en matière d'assurance accident, l'hypothèse d'un paralytique général en rémission, assuré et fauteur

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 69.

d'accident. S'il s'agit de l'assurance d'un risque se basant sur l'article 1384 : responsabilité des objets que l'on a sous sa garde (automobiles, engins divers); l'assurance peut être valablement tenue; si, au contraire, la responsabilité prend son origine dans le quasi-délit de l'assuré (art. 1382), cette responsabilité, et du même coup celle de l'assurance, est éteinte par l'administration de la preuve de la démence au moment de l'action.

Médecine légale militaire. — Certains auteurs admettent une reprise du service à titre expérimental pendant deux ou trois ans; si l'épreuve est favorable, on pourra reverser le sujet dans un service actif, mais on ne confiera, en aucun cas, un poste à bord à un marin qui aurait été malade.

Internement. — Bien des malades sont traités, sans inconvénient dans des services libres, et il sera toujours possible, si la nécessité s'en fait sentir (malade protestataire, échec de la thérapeutique), de conseiller ultérieurement un placement volontaire.

Discussion. — M. Paul Vervaeck (Bruxelles) souligne lui aussi la rareté des réactions délictueuses chez les paralytiques généraux malariés. Il en signale une modalité rare conditionnée par le syndrome paranoïde déclenché par l'impaludation.

M. Molin de Teyssieu (Bordeaux) estime la délinquance morbide épisodique comme une véritable exception. Le crime ou le délit procèdent de tendances instinctives élémentaires, peut-être préformées, en tout cas orientées dès la toute première enfance.

M. Desclaux (Nantes) cite deux observations intéressantes : émission de chèques sans provision par un paralytique général en rémission après impaludation, et qui fut condamné, personne n'ayant signalé le séjour à l'asile; dépenses ruineuses ayant nécessité un nouvel internement.

Communications. — **Histoire d'un paralytique général en rémission et d'une compagnie d'assurances.** — M. Porot.

Paralytique général en rémission condamné après expertise. — MM. L. de Guillant et J. Salmon.

Crime commis par un paralytique général au cours d'une période de rémission après malariathérapie. — MM. J. Euzière et J. Vidal.

Paralytique général en rémission et d'une compagnie d'assurances. — M. Porot.

Paralytique général en rémission condamné après expertise. — MM. L. Le Guillant et J. Salmon.

Crime commis par un paralytique général au cours d'une période de rémission après malariathérapie. — MM. J. Euzière et J. Vidal.

TROISIEME RAPPORT

Hernies et accidents du travail

Par M. Pierre Lyonnet (Paris)

La hernie traumatique, du moins celle qui est créée du fait d'un effort, celle qui s'accompagne d'une symptomatologie bruyante qui oblige le blessé à cesser immédiatement tout travail, et qui se présente à l'état isolé sans relation avec d'autres malformations et déficiences pariétales, est une rareté.

L'immense majorité des cas auxquels on applique le terme impropre et déplorable de hernie d'effort ne répond pas à une origine accidentelle : on conçoit mal, en effet, qu'un effort soit susceptible de créer un trajet pariétal, de déterminer la distension permanente, définitive du péritoine nécessaire à la constitution du sac herniaire. Cela va à l'encontre de ce que nous savons sur la physiologie de l'effort, de ce que l'observation anatomique, pathologique et chirurgicale nous a enseigné; cela est aussi en contradiction avec les données des statistiques puisque la hernie se rencontre aussi bien dans les professions exigeant de durs efforts que dans les professions sédentaires, et qu'elle ne s'observe guère à la suite de violentes compressions abdominales.

On ne saurait trop insister sur ce fait qu'une hernie possède deux caractéristiques constantes et essentielles : sac péritonéal et trajet herniaire représentant une malformation, une aplasie ou une déficience pariéale indépendante de tout traumatisme.

Le contenu de la hernie est un élément secondaire, inconstant et variable : que le sac soit déshabité ou occupé par des viscères abdominaux, ce n'en est pas moins une hernie, et non pas une prédisposition, une simple faiblesse constitutionnelle, termes impropres qui, dans un rapport d'expertise, sont interprétés trop souvent, suivant la jurisprudence actuelle des accidents du travail, dans un sens différent de celui qui souhaitait leur donner le médecin légiste. L'individu qui possède ces deux caractéristiques : trajet et sac péritonéal, que celui-ci soit ou non déshabité, n'est pas un prédisposé, mais un hernieux, au même titre qu'un malade qui expectore des bacilles de Koch est un tuberculeux et non un prédisposé à la tuberculose.

Par contre, il n'est pas douteux que l'effort puisse agir sur le contenu du sac herniaire en y refoulant brusquement une frange épiploïque ou une anse intestinale qui peut être pincée, voire même étranglée par l'anneau. C'est alors que l'attention du blessé peut être attirée pour la première fois sur une lésion préexistante qu'il ignorait, et que trop souvent, les rapports d'expertises expriment en disant que l'accident a révélé ou décelé la lésion jusque-là latente : ces expressions ne devraient jamais être employées, car dans l'esprit du magistrat elles impliquent que l'accident a eu une action réelle sur l'évolution de la lésion antérieure et donne droit, dans ces conditions, à une incapacité permanente.

Or, dans la majorité des cas, il ne peut être question d'aggravation, mais d'une simple modification temporaire de l'état antérieur, susceptible de rétrocéder, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement orthopédique, auquel cas l'intéressé se retrouve dans un état identique à celui qu'il présentait avant l'accident, soit grâce à une intervention chirurgicale qui le débarrasse définitivement de son infirmité.

En conclusion, une hernie ne peut, en règle presque générale, que justifier une simple incapacité temporaire, sans donner droit à une indemnité permanente. Mais, si nous voulons être suivis par les tribunaux dans nos conclusions, il faut que celles-ci soient exprimées en termes clairs, sans ambiguïté susceptible de laisser un doute dans l'esprit des magistrats.

Discussion. — M. Mazel (de Lyon) expose les difficultés soulevées dans la pratique par le problème médico-légal de la hernie-accident : les unes d'ordre terminologique, certains termes ayant une acceptation différente dans le langage juridique; les autres, fondamentales, provenant du désaccord foncier qui, en matière de hernie, existe entre la réalité médicale et les données de la jurisprudence.

Le rôle de l'expert médical est de concilier ces difficultés entre elles.

Le groupe commun des hernies rentrant dans le cadre de la loi du 9 avril 1898 comprend :

Les hernies créées, rares, le plus souvent dues à la péné-

tration brusque de l'intestin dans un sac préformé, à l'occasion d'un effort. Elles ouvrent droit à une incapacité permanente;

Les hernies préexistantes, aggravées, beaucoup plus fréquentes. L'aggravation y revêt la forme de phénomènes douloureux de courte durée, justifiant l'attribution d'une simple incapacité temporaire, non celle d'une incapacité permanente partielle.

M. Marcel Héger (Bruxelles). — Un ouvrier est opéré de hernie inguinale. Un an après, au cours d'un effort, douleur de l'aine suivie de syncope. L'examen montra une récidive herniaire et trois points douloureux du canal inguinal, bien limités. Ils étaient déterminés par trois fils de suture non résorbables, qui, par suite de l'effort et de la déchirure de la paroi du canal inguinal, étaient devenus superficiels et douloureux.

M. Schifferli (Fribourg) publie les résultats d'une intéressante enquête faite par lui auprès des compagnies d'assurances suisses. La plupart d'entre elles refusent d'admettre que les hernies puissent être d'origine traumatique, et spécifient d'ailleurs cette attitude dans le contrat. L'une d'elles, au contraire, a consenti à indemniser par contrats les hernies récentes provoquées par un accident, mais la police est spéciale.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Névropathe devenue guérisseuse. Poursuites judiciaires pour exercice illégal de la médecine par imposition des mains et condamnation. — M. Trillot (Albi).

A propos de la nécessité de l'examen neuropsychiatrique des recrues. Diagnostic tardif d'un état schizophrénique chez un jeune engagé. Attribution d'une pension militaire. — M. Trillot (Albi).

La prévention du crime en Grèce. — M. Melissinos (Athènes).

Sur les réactions histologiques pulmonaires consécutives à l'inhalation de certains gaz anesthésiques et toxiques. — MM. Mosinger et Rochette (Marseille).

Injections de sérum antitétanique. Mort par anaphylaxie. — MM. Mazel et Guilleminet (Lyon).

Remarques sur le diagnostic individuel des taches de sang. — MM. Moureau et Lambert (Liége).

Causes d'erreur dues à la présence dans le sang humain d'une iso-agglutinine anti M. — MM. Moureau et Lambert (Liége).

A propos du diagnostic médico-légal de l'ivresse. De certaines causes d'erreur dans l'interprétation des résultats donnés par la méthode de Nicloux. — MM. Lande, Dervillée et J. Godeau (Bordeaux).

La recherche de l'alcool sur le vivant. — MM. Melissinos et Truffert.

Le passage de l'alcool dans la salive. Calcul des constantes B et R de Widmark en fonction des taux alcooliques de la salive. — MM. Simonin et P. Warter (Strasbourg).

De l'intérêt en médecine légale du syndrôme secondaire malin. — MM. Duvoir, Piédelièvre, Pollet, Doubrow et Ménétrier (Paris).

La transparence du sang oxycarboné aux radiations infrarouges. — MM. Duvoir, Truffert et Arnoldson (Paris).

Conservation d'une ecchymose osseuse après huit mois d'inhumation. — M. Moreau (Toulon).

Recherches sur le diagnostic médico-légal des blessures « vitales » à l'aide du signe de la fibre élastique et de la fibre conjonctive (test de Kernbach, Cotutzin et Mlle Dahmovici). — MM. Lande, Dervillée et Bridoux (Bordeaux).

Suicides, empoisonnements par la quinine. — MM. Melissinos et Mertzanis (Athènes).

Le XXIIIe Congrès de médecine légale et de médecine sociale de langue française, aura lieu à Paris, en juin 1940.

Président : M. Duvoir (Paris).

Vice-présidents : MM. Thomas (Gand); Simonin (Strasbourg); Sannié (Paris); Melessinos (Athènes).

Secrétaires généraux : MM. Henri Desoille et Guy Hausser (Paris).

Rapports : M. Sannié. — *Les premières constatations sur les lieux du crime.*

M. Heuyer et Mme Roudinesco. — *L'hérédité alcoolique au point de vue criminologique, psychiatrique et médico-légal.*

M. Mazel. — *L'alcool dans la genèse et la suite des accidents du travail et des maladies professionnelles.*

Henri Desoille.

Association de la Presse Médicale française.

PRATIQUE MÉDICALE

Action de la lipase dans l'insuffisance hépatique

Par le docteur Cohendet (1)

Cette thèse expérimentale, inspirée par M. le professeur Jung et passée sous la présidence de M. le professeur Savy, étudie l'action des lipases selon les théories de M. le professeur Fiessinger.

Le foie, dit l'auteur, volumineux organe situé dans la région diaphragmatique de l'abdomen, est caractérisé au point de vue physiologique par la multiplicité et la diversité de ses fonctions et en particulier par sa fonction digestive qui joue le rôle prépondérant dans le métabolisme des lipides.

Les rapports anatomiques et physiologiques du foie expliquent la fréquence et la multiplicité de ses lésions. Les germes et les substances nocives qui se trouvent dans tous les points de l'organisme peuvent l'atteindre par les voies sanguines et biliaires; ainsi se développent les inflammations et les dégénérescences hépatiques.

La lipase hépatique, par de nombreux caractères, se rapproche de la lipase sérique et se distingue nettement de la lipase pancréatique. La lipase sanguine est en grande partie d'origine hépatique. Le taux des lipases sériques est considérablement abaissé chez les cirrhotiques avec insuffisance hépatique.

Les injections intramusculaires de biolipase déterminent, chez le chien et chez le rat, une augmentation notable de la résistance à l'intoxication phosphorée soit aiguë, soit chronique. Cette protection est due à un principe thermolabile contenu dans la biolipase qui semble être le médicament le plus efficace employé jusqu'ici dans le traitement des cirrhoses, ainsi que l'ont démontré les études si documentées du professeur Fiessinger et du docteur Gajdos.

(1) *Thèse de la Faculté de Médecine de Lyon*, 1939.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 71. — MERCREDI 6 SEPTEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-81.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

La réaction de floculation de Meinicke (M. T. R.) dans la pratique courante, par M. René HERRMANN (de Genève).

— *A propos des processus d'immunisation pendant la fièvre typhoïde et les facteurs qui s'opposent à leur installation*, par M. Maurice WAHL (de Marseille).

Jurisprudence et Législation.

La responsabilité des chirurgiens en cas d'oubli d'un objet dans le corps d'un opéré, par M. C. NATTAN-LARRIER.

Livres nouveaux.

Revue des Thèses.

Notes pour l'Internat.

Formes cliniques de l'insuffisance surrénale (fin), par M. G. LE SUEUR.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Bordeaux. — La médaille d'or de l'internat en 1939 a été décernée : pour la section chirurgie, à M. Jean Poinot, interne de quatrième année ; pour la section médecine, à M. Henri Monmayou, interne de quatrième année.

Guerre. — Ont été placés dans la position d'officier honoraire :

Avec le grade de médecin-colonel : MM. Lemierre, Argaud, Perrin.

Avec le grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Pottier, Schmitt, Blondeau, Lavenant, Suttel, Vorbe, Lande.

Avec le grade de médecin commandant : MM. Descout, Ebstein, Oppert, Pfulb, Roederer, Schaefer, Treves, Sourdeau, Sarazanas, Poissonnier, Meynier, Combes, Igonet, Lagache, Poucel, Crebassol, Bouveret.

Avec le grade de médecin capitaine : MM. Desmarquet, Gosselin, Ducatillon, Faidherbe, Poirel, Bardoz, Cagninacci, Jobard, Couturier, Jossu, Delolm de Lalaubie, Réau, Poisson, Salinier, Guichou, Mistral, Cazaillet, Laurent, Soulier, Dreyfus, Meyer, Chirpas-Cerbat, Villechaise, Kaiser.

Avec le grade de médecin lieutenant : MM. Willerval, Gatineau, Fournier, Fillion-Roux, Nebout, Dodinet, de Grenier, de Rudelle, Perié, Castex, Guitton, Oustric.

Colonies. — Avis rectificatif de concours pour six emplois de médecin de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française.

La date du concours ouvert à Paris, Bordeaux et Marseille pour six emplois de médecin de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française, primitiment fixée au 31 août 1939, a été reportée au 26 septembre 1939.

Les candidats doivent être titulaires du diplôme de docteur en médecine. Le diplôme de médecine coloniale ne sera pas exigé. Les inscriptions seront closes le 11 septembre.

Tous renseignements concernant les conditions et le programme du concours seront fournis par l'inspection générale du Service de Santé au ministère des Colonies. (*J. O.*, 29 août 1939.)

Association internationale de pédiatrie préventive (VIIe Conférence les 22, 23 et 24 septembre 1939, à Lausanne).

Vendredi 22 septembre. — 9 heures. Ouverture de la Conférence à l'Université (Salle du Sénat).

1re question : La prophylaxie des troubles physiques et mentaux pendant la période pubère.

Samedi 23 septembre. — 9 heures à la Clinique infantile.

2e question : La protection maternelle et infantile dans les milieux ruraux.

Dimanche 24 septembre. — Les participants à la Conférence sont invités par la Maison Nestlé à visiter la Pouponnière modèle créée par elle à Vevey.

Le Dr D. Oltramare, secrétaire de l'Association internationale de pédiatrie préventive, 15, rue Lévrier, à Genève, donnera volontiers tous renseignements complémentaires concernant cette Conférence.

Nouveaux sénateurs italiens. — Parmi les nouveaux sénateurs, on relève les noms de plusieurs médecins éminents : le professeur Roberto Alessandri, président de l'Académie de Médecine de Rome, professeur honoraire de clinique chirurgicale à Rome et membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie de Chirurgie de Paris ; les professeurs Giulio Alessandrini, Laurenzo Bardelli, Cesare Micheli, Luigi Spolverini et Alberto Pepere.

La vaccination antidiphtérique obligatoire en Italie. — La Chambre des faisceaux et des corporations et le Sénat ont approuvé récemment la loi rendant obligatoire la vaccination antidiphtérique.

Congrès de la Société française de phoniatrie. — Le VIIe Congrès de la *Société française de phoniatrie* aura lieu le mardi 17 octobre 1939, à 9 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

Rapport présenté : Dr Pichon et Mlle Borel-Maisonny. L'aphasie et les troubles spychogènes du langage.

Société de Thérapeutique. — La séance solennelle de la Société est fixée au 18 octobre 1939.

REVUE DES THÈSES

Luchon, évolution de ses doctrines thermales à travers les âges

par le docteur Pierre Molinery (1)
ancien interne des Hôpitaux de Paris

M. le Professeur Chiray, successeur de M. Villaret, à la chaire d'hydrologie de la Faculté, en acceptant de présider cette thèse, a marqué toute l'importance qu'il attache à l'étude de l'évolution des idées en crénothérapie.

On ne comprend bien le présent que si l'on pénètre le passé : le présent, fils du passé, prépare l'avenir. L'annaliste est un forgeron, a-t-il été écrit, qui rive les maillons de la chaîne.

Notre confrère et ami, M. Pierre Molinery, vivant à Luchon depuis de longues années déjà, a pu colliger des documents qui, un jour, éventuellement, pourraient être mis en œuvre : c'est chose faite.

L'auteur a largement puisé dans les archives, en très grande partie inédites, de la famille des Barrié. Cette famille a constitué une véritable dynastie de médecins thermaux en se succédant de père en fils, au cours de près de trois siècles, dans le pays des « Baigneries de Luchon ». A la vérité, si ces archives portent sur le XVIIe, XVIIIe et XIXe siècle, M. Molinery, par le titre même de son ouvrage, devait être amené à remonter à l'époque romaine et à examiner, à la lumière de travaux anciens ou très récents, la thérapeutique balnéothérapique thermale de nos aïeux.

L'histoire des thermes Onésiens, appellation primitive, portée par les bains de Luchon, il y a deux mille ans de cela, se confond avec celle de tous ceux qui eurent tant de vogue à cette époque lointaine.

L'auteur résume les mille faits qui sont relatés dans un ouvrage plutôt rare : « Le *De Balneis Omnia quae extant apud Graecos Latinos et Arabus*, imprimé à Venise, en 1553, avec l'autorisation du Souverain Pontife. Par de multiples recoupements, il a été possible à M. Pierre Molinery de reconstituer la vie quotidienne des malades auprès du *Balnéarium Lixonense post Néapolitense primum* ».

Moyen-Age, Renaissance, retiennent le narrateur. Celui-ci de donner d'amples développements sur Luchon, à cette période si fertile en idées. Le XVIIIe siècle mériterait, dans nos Pyrénées, de prendre le nom de *Siècle d'Etigny*, le Maréchal de Richelieu, sur une ordonnance de Bordeu, vint à Luchon, suivre une cure que le grand Barrié dirigea... Période douloureuse de la Révolution et de la danseuse Clothilde. Incendie des Thermes anciens, dont lady Chatterton donne une relation dramatique Enfin, restauration de Chambert, en 1898... Cure de Lamartine, cure du Prince Impérial, Lambron, Fontan, Filhol, Barrié, Garrigou, travaillent et profitent de la technique incomparable de François de Neufchâteau. Gouraud, puis de Lavarenne, créent, peut-on dire, les insufflations de 1800 à 1900. La sonde d'Itard devient l'instrument de choix pour la guérison à Luchon du catarrhe tubaire.

M. Molinery, entre autres documents, publie la lettre inédite du grand savant de Rey-Palhade, sur le Philothéion découvert par lui. L'auteur termine enfin par l'histoire de la création du vaporarium sulfuré et rappelle les travaux de Moureu et Lepape, Léon Bertrand, Dufrénoy, Astre, le dernier en date.

Editée avec luxe, illustrée de belles gravures de la collection du Dr Raymond Molinery, cette thèse figurera avec honneur dans l'histoire de l'hydrologie française.

(1) *Thèse de Paris*, 1938. (Imprimerie Couderc, à Nérac).

Nécrologie

Nous apprenons avec une douloureuse émotion la mort du Dr Henri Benaerts, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique à la Faculté, chirurgien de l'hôpital de Montfermeil, décédé chez ses parents, à Bessancourt (Seine-et-Oise) des suites d'une longue maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Nous adressons à Mme Henri Benaerts, sa veuve, à ses parents, M. Louis Benaerts, inspecteur général de l'Instruction Publique et Mme Louis Benaerts, l'expression profondément affectueuse de notre sympathie.

Le Dr Jean Ferré, victime d'un accident de mer à Biarritz. Il était le fils du regretté professeur Gabriel Ferré, de Bordeaux.

Le professeur Finger Ernst, l'illustre dermatologiste de Vienne.

LA RÉACTION DE FLOCULATION DE MEINICKE (M.T.R.) DANS LA PRATIQUE MÉDICALE COURANTE

Par René Herrmann (de Genève)

Nous avons constaté parfois chez des malades atteints de syphilis ignorée ou de syphilis insuffisamment traitée, et présentant quelques années après l'infection, des symptômes cliniques incitant le médecin à faire un examen de sang pour préciser le diagnostic, que la réaction de Bordet-Wassermann est quelquefois négative tandis que la réaction de floculation de Meinicke peut être légèrement, moyennement ou fortement positive.

Après un traitement de réactivation, nous avons vu la réaction de Wassermann devenir positive, la réaction de floculation restant également positive.

Dans les très nombreux examens de sang que nous avons faits nous-mêmes, nous n'avons par contre jamais trouvé une réaction de floculation négative avec une réaction de Bordet-Wassermann positive.

Cette constatation nous a paru des plus intéressantes car elle entraîne deux réflexions :

1° La réaction de floculation de Meinicke resterait beaucoup plus longtemps positive, alors même que la réaction de Bordet-Wassermann deviendrait négative.

2° Si un médecin ne fait faire dans un laboratoire que la réaction de Bordet-Wassermann, celle-ci peut être négative. Or, s'il avait demandé également une réaction de floculation, celle-ci aurait pu être positive. L'interprétation sera donc tout à fait différente si l'on a le résultat d'une seule ou des deux réactions.

Nous avons employé dans notre laboratoire la méthode de Rubinstein pour la réaction de Bordet-Wassermann; d'autre part, nous avons fait contrôler plusieurs fois nos réactions dans deux laboratoires différents et nos résultats ont toujours concordé avec ceux des autres laboratoires.

La réaction de floculation de Meinicke que nous employons est la réaction M.T.R. facilement applicable.

Nous mettons dans un tube à essai 1 ccm. de tolu-antigène et dans un autre tube 10 ccm. de solution de Na CL à 3 %. Nous laissons les deux tubes au bain-marie à 45 degrés pendant 10 minutes, puis nous versons la solution de Na CL dans l'antigène et retransvasons plusieurs fois.

Dans un tube témoin, nous mettons 0,2 ccm. de sérum non chauffé, une goutte de formol à 40 % et 1 ccm. de la solution de Na CL - tolu-antigène encore tiède. Dans le tube de la réaction : 0,2 ccm. de sérum non chauffé et 1 ccm. de la solution Na CL - tolu-antigène. On laisse à la température du laboratoire. La lecture se fait généralement une à deux heures après le début de la réaction.

Parmi les cas que nous avons examinés, les observations suivantes nous paraissent bien démonstratives.

I. — En juin 1936, un homme âgé de 63 ans, fonctionnaire retraité, est venu nous consulter pour des vertiges. Il avait été soigné auparavant par un médecin qui lui avait prescrit des fortifiants. D'après ses antécédents personnels, ce malade a toujours été bien portant, il n'avait présenté aucune maladie grave et prétendait n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne. Il est marié mais n'a pas eu d'enfants. Selon sa femme, ce malade a eu une vie très régulière à tous les points de vue.

Cliniquement, nous constatons une légère hypertension artérielle mais sans lésions organiques du cœur, une inégalité pupillaire avec des réflexes à la lumière diminués. Tous les autres réflexes sont particulièrement vifs, pas de signes de Romberg. Les autres systèmes ne présentent rien de pathologique. Au point de vue psychique ce malade paraît normal. Un examen d'urine ne montre ni albumine ni sucre. Les quantités d'urée et de cholestérine dans le sang sont normales.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative, la réaction de floculation de Meinicke légèrement positive. Nous avons instauré un traitement antisyphilitique par des injections de bismuth. Après une série de 12 injections la réaction de Bordet-Wassermann reste toujours négative, la réaction de floculation est devenue moyennement positive.

Du mois de décembre au mois de mars, nous n'avons pas revu ce malade. Au mois de mars, il commence à présenter des signes d'agitation passagère et nous avons refait une série de bismuth. A cette époque, nous aurions désiré pratiquer une ponction lombaire devant des symptômes nettement cérébro-syphilitiques, mais la famille s'y est opposée.

Au mois de juin 1937, ce malade redevient très agité, il est envoyé à l'Asile de Bel-Air. A ce moment, on peut faire une ponction lombaire qui montre que ce malade est atteint de paralysie générale.

Auparavant, la réaction de Wassermann dans le sang était devenue positive, la réaction de Meinicke restant toujours très positive.

II. — Malade âgé de 54 ans, qui est venu nous consulter en novembre 1932 pour un amaigrissement et des phénomènes pulmonaires.

L'examen clinique montre une infiltration bacillaire ancienne du sommet droit et de l'espace sterno-cléido-hilaire avec une nouvelle poussée congestive à ce niveau. L'examen des expectorations révèle des bacilles de Koch. Ce malade est traité du 5 décembre au mois de février 1933 par des injections de sels d'or. En été 1933, jusqu'en automne, nous faisons une nouvelle cure de sels d'or ainsi qu'au printemps 1934. Le résultat de ce traitement au point de vue pulmonaire est tout à fait excellent. Ce malade a repris du poids, les expectorations sont devenues négatives et il a pu reprendre son travail régulièrement. Nous l'avons contrôlé au point de vue pulmonaire deux fois par année jusqu'en 1938.

Au mois de novembre 1938, il revient nous consulter mais se plaignant surtout de vertiges et de maux de tête. L'examen des poumons ne révèle qu'une réactivation des anciens foyers tuberculeux; les autres systèmes ne présentent rien de particulier, on ne constate pas d'inégalité pupillaire.

Psychiquement, ce malade est tout à fait normal. Il présente au Vaquez-Laubry une tension artérielle diminuée (10 maximum, 7 minimum). Ses vertiges et ses maux de tête, persistant malgré un traitement continu, nous ont incité à faire un examen de sang. Les quantités d'urée et de cholestérine sont normales, la réaction de Bordet-Was

sermann est négative, la réaction de Meinicke très fortement positive. L'analyse d'urine ne montre ni albumine ni sucre.

Nous mettons ce malade au courant de l'éventualité d'une infection spécifique et ce dernier nous assure qu'il n'a jamais présenté aucun signe d'affection syphilitique. Nous lui avons fait 10 injections de cyanure de mercure et après ce traitement, la réaction de Bordet-Wassermann est devenue très fortement positive avec un antigène de foie de fœtus. La réaction de floculation est restée également très fortement positive.

III. — Malade âgé de 48 ans qui est venu nous consulter en avril 1939 pour un état pleuro-pulmonaire. L'examen clinique de ce malade nous a incité à faire une floculation qui s'est révélée très positive.

En 1938, au mois de février, ce malade a fait un séjour dans un service hospitalier pour un état grippal. A ce moment, le Bordet-Wassermann était négatif avec l'antigène de Paris et douteux avec l'antigène de Berne. La réaction de floculation n'ayant pas été faite, une affection syphilitique n'a pas été envisagée à ce moment. Elle s'est cependant précisée plus tard.

Au mois d'avril 1939, nous avons fait à ce malade une série de 10 injections intra-musculaires de bismuth. La réaction de Bordet-Wassermann avec un antigène de foie de fœtus et un antigène de cœur de cheval est devenue très fortement positive, la réaction de floculation est restée également très fortement positive. Ce malade est encore en traitement.

IV. — Malade âgé de 39 ans, qui est venu nous consulter pour une ulcération sur la marge de l'anus, avec une réaction ganglionnaire très importante au niveau des deux aines.

Une réaction de Bordet-Wassermann faite immédiatement a montré qu'il s'agissait d'un chancre syphilitique. Ce malade a été traité d'une façon très énergique avec des injections de néo-salvarsan et du bismuth et, ensuite, par des injections de cyanure de mercure. Le premier Bordet-Wassermann et la floculation très fortement positifs, ont été faits le 17 janvier 1939. Le 28 février 1939, le Wassermann était très positif et la réaction de floculation également très positive. Le 6 avril 1939, la réaction de Bordet-Wassermann avec l'antigène de foie de fœtus et l'antigène de cœur de cheval est devenue négative, tandis que la floculation reste positive. Le 20 mai 1939, la réaction de Bordet-Wassermann avec l'antigène de foie de fœtus et l'antigène de cœur de cheval est à nouveau négative tandis que la floculation reste encore très fortement positive.

Dans la première observation, certains signes cliniques comme l'inégalité pupillaire et la diminution des réflexes à la lumière, nous ont fait supposer une infection syphilitique antérieure.

Dans la deuxième observation, aucun signe clinique ne pouvait faire penser à une infection spécifique.

Dans la troisième observation, le Bordet-Wassermann fait en 1938 étant négatif, c'est seulement l'état psychique un peu particulier du malade qui nous à fait faire un contrôle du sang par la réaction de floculation qui s'est trouvée positive. Une réactivation a amené un Bordet-Wassermann positif.

Ce malade avait été traité pendant plus d'une année pour une affection autre que celle qu'il avait en réalité.

Dans la quatrième observation — et nous l'avons constaté plusieurs fois chez d'autres malades — la réaction de Bordet-Wassermann, sous l'effet du traitement devient beaucoup plus rapidement négative que la réaction de floculation. Si l'on se bornait à ne faire que la réaction de Bordet-Wassermann, on pourrait être induit en erreur sur l'effet du traitement.

L'hypothèse que nous avons émise au début de ce travail en pensant que la réaction de floculation de Meinicke restait plus longtemps positive que la réaction de Bordet-Wassermann, paraît se confirmer par nos observations.

Il est donc absolument nécessaire de faire les deux réactions simultanément.

Comme nous l'avons déjà dit également, nous n'avons jamais rencontré une réaction de floculation de Meinicke négative avec une réaction de Bordet-Wassermann positive.

Par sa technique peu compliquée, la réaction de Meinicke (M.T.R.) peut être effectuée par n'importe quel médecin. Avec un peu d'habitude elle est facile à interpréter sans cause d'erreur. C'est pour cette raison qu'elle devrait être faite systématiquement lorsqu'il y a des doutes d'infection spécifique.

Elle supprime en même temps les difficultés existant pour les médecins de campagnes ou les médecins éloignés d'un laboratoire spécialisé en sérologie, qui hésitent à effectuer une prise de sang en vue d'une réaction de Bordet-Wassermann, à cause des difficultés techniques de transport et de laboratoire.

LIVRES NOUVEAUX

L'examen du malade, guide clinique de l'étudiant et du médecin, médecine, chirurgie, obstétrique, neurologie et spécialités, par MM. P. Delmas, G. Giraud, E. Jeanbrau, E. Leenhardt, J. Margarot, P. Pagès, V. Riche, L. Rimbaud, J. Terracol, H. Villard, professeurs à la Faculté de Médecine de Montpellier. 2e édition refondue et augmentée. — Un volume de 366 pages, 45 francs. Masson, éditeur, Paris.

Ce petit livre a été entièrement revu, mais le texte primitif n'a pas été augmenté, la première qualité d'un guide étant la brièveté.

Mais deux chapitres essentiels ont été ajoutés, l'un du professeur P. Pagès sur les examens psychiatriques, débute par une « initiation à la psychiatrie », préambule nécessaire pour saisir les nombreuses particularités de l'analyse mentale et retenir la façon d'interroger les psychopathes ; le second, sur les examens endocrinologiques dans lequel le professeur Giraud expose en quelques pages les grands syndromes et les petits stigmates qui lui sont familiers.

Il est essentiel de rappeler que ce livre ne constitue pas un ouvrage de séméiologie ni de diagnostic.

Ses auteurs ont voulu simplement donner des cadres faciles à retenir, d'abord pour interroger et examiner un malade, ensuite pour rédiger son observation, enfin pour exposer son cas dans une épreuve de scolarité ou de concours.

Ces canevas sont assez souples pour être utilisés dans n'importe quel domaine clinique.

Pour éviter au lecteur de perdre du temps en recherches, un chapitre qui termine ce volume réunit les précautions à prendre dans les prélèvements à envoyer au laboratoire, les indications des différentes analyses et les principales constantes chimiques et biologiques.

A PROPOS DES PROCESSUS D'IMMUNISATION PENDANT LA FIÈVRE THYPHOIDE ET LES FACTEURS QUI S'OPPOSENT A LEUR INSTALLATION

Par le Dr Maurice Wahl (de Marseille)

Depuis fort longtemps on a cherché à rapprocher la fièvre typhoïde des maladies *cycliques ;* cette hypothèse est très intéressante dans la mesure où elle amènerait à isoler, à préciser les conditions de ce cycle idéal, et les facteurs défavorables à son installation.

Nous croyons avoir constaté que certaines thérapeutiques suggèrent plus nettement la même conclusion, en favorisant l'évolution écourtée de la maladie (1) ; c'est ce qui nous a amené à analyser les conditions de la résistance de l'organisme humain à l'infection éberthienne.

Sans doute, certaines formes de fièvre typhoïde, quelques-unes des infections coquillagères, en particulier, sont si graves que leur évolution fatale paraît uniquement conditionnée par l'infection massive ; de même que les contaminations accidentelles par des cultures pures manipulées au laboratoire ; c'est leur marche accélérée et leur aggravation régulièrement progressive qui semble individualiser ces infections. Si nous considérons, au contraire, les fièvres typhoïdes, même graves et compliquées, rencontrées habituellement dans la pratique médicale, le processus accéléré est très exceptionnel.

La contamination massive serait donc susceptible de déterminer chez l'homme, une évolution rapidement fatale et irrésistible, presque constante.

Il en va rarement ainsi pour l'animal. On peut retenir pour étudier les réceptivités ou les évolutions diverses de la maladie un assez grand nombre de constatations expérimentales ou cliniques.

A la suite des travaux d'Abrami, de Reilly, *Laplane a tenté et croit pouvoir reproduire expérimentalement à volonté les ulcérations typhiques*, avec toutes leurs conséquences en injectant dans les ganglions mésentériques du cobaye des toxines éberthiennes; il interpréta le fait à la lueur des idées théoriques de Reilly et d'une conception du rôle trophique et spécialement vasculo-trophique du système sympathique.

Le doyen Cornil avec Poursines et Giraud-Costa ont reproduit la myocardite-typhique par inoculations de la fièvre typhoïde au cobaye contaminé suivant la méthode d'Hermann-Sedan : ce procédé consiste à laisser le cobaye à jeun pendant soixante-douze heures avant de lui injecter par voie sous-conjonctivale quelques dixièmes de centimètre cube de culture typhique. Il existe deux autres procédés pour contaminer cet animal de laboratoire : la méthode toxique bien connue de Besredka et la méthode récemment décrite par Boivin qui engendre une septicémie foudroyante.

(1) Sur quarante-neuf fièvres typhoïdes traitées à notre connaissance par un mélange personnel de cortex surrénal et de moelle osseuse injectable titré à un gramme de chaque tissu par ampoule, nous avons observé une forme écourtée et le Dr Cariteau, de Toulon, en a observé deux.

L'observation clinique a souligné les grandes différences de l'évolution de l'infection typhique chez l'homme. Depuis le mémoire de Besançon et Philibert (1) où les auteurs ont réuni seize observations de formes septicémiques et dix-huit formes localisées, l'attention a été appelée à différentes reprises sur des évolutions très anormales de cette maladie.

MM. Guy-Laroche et Pépin signalent une « méningite bénigne au cours d'une septicémie typhique à rechute » (2).

MM. Guillain, Guy Laroche et Libert (3) relatent un cas ayant évolué sous les apparences d'un rhumatisme poly-articulaire ; l'hémoculture positive coïncida avec une *Diazo-réaction négative et la défervescence fut brutale.*

M. Bourges appelle l'attention sur « deux cas de septicémie éberthienne à type de fièvre intermittente » (4). Dans le premier cas des crochets thermiques élevés se produisaient brusquement tous les deux ou trois jours et l'évolution fut *très prolongée.*

M. N. Fiessinger dans la même année rapporte une observation d'angio-cholécystite aiguë, septicémie éberthienne sans dothienentérie, hépatonéphrite avec ictère, hémorragie et azotémie, guérison (5). Le séro-diagnostic fut trouvé positif à un taux très faible au cours de cette infection très atypique, malgré une hémoculture persistante.

Les formes écourtées, bien qu'elles ne soient pas très nombreuses dans la littérature nous semblent avoir été observées un peu plus fréquemment dans la pratique médicale. Dans certains cas, les lésions spécifiques de la maladie ont pu être absentes. Dans d'autres cas, la fièvre typhoïde a tourné court brusquement, après une évolution reproduisant le type normal au raccourci.

Nous avons relaté personnellement l'histoire d'un enfant dont toute la maladie avait consisté en deux périodes pyrétiques séparées par une semaine de bonne santé apparente. Ces deux épisodes fébriles s'étendirent, le premier *sur dix jours*, le second *sur quatre* (6). L'hémoculture avait été très positive vers le dix-septième jour et la séro-aggutination devint très forte au fur et à mesure que s'avança la convalescence ; une numération globulaire donna la formule suivante (7) :

Globules rouges : 4.340.000 ; taux de l'hémoglobine, 75 % ;

Formes anormales : néant.

Numération des globules blancs : 12.000.

Polynucléaires neutrophiles : 38 %.

Polynucléaires acidophiles : 0.

Polynucléaires basophiles : 0.

Grands mononucléaires : 4 %.

Moyens mononucléaires : 23 % ;

(1) *Journal de Physiol et de Pathologie générale*, janvier 1904.
(2) *Sc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1920, p. 150.
(3) *Sc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, Sc. du 30 avril 1920, p. 534.
(4) *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 novembre 1920, p. 1130 et 1134.
(5) *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, Sc. du 23 avril 1920, p. 506.
(6) *Paris Médical*, 13 novembre 1937. Un cas de fièvre typhoïde enrayée, Dr M. Wahl.
(7) Nous remercions M. le Dr Ranque, du Laboratoire des Vaccins I.O.D., qui a bien voulu effectuer cette numération.

Petits mononucléaires : 35 %.

Myélocytes : néant.

La chute de température annonciatrice de la guérison avait eu la netteté et la brutalité d'une crise de défervescence pneumonique : comme celle-ci elle fut *accompagnée d'une crise urinaire.*

La débâcle urinaire caractéristique des crises ne se rencontre qu'à titre exceptionnel ; on peut la voir même dans des cas où la chute de température est un peu moins brutale que les deux précédentes.

Le Professeur Loeper a rapporté l'observation d'un de ces faits (1). La chute très rapide de la température fut accompagnée d'une « crise urinaire annonciatrice d'une convalescence remarquablement brève ».

Nous insistons sur la signification favorable que nous croyons pouvoir attribuer à ces crises franches : la guérison est alors définitive et l'immunité solidement établie.

Ces faits peuvent être interprétés d'une façon grossière et toute générale, pour faire pressentir l'importance du rôle pathologique que doit jouer l'imprégnation de l'organisme par certains produits toxiques coexistants avec la période d'état de la maladie (période où la diazo-réaction est positive).

On peut supposer que dans nombre de cas ces toxines sont en partie neutralisées : il nous semble que l'importance de la neutralisation ou de l'élimination brutale de ces produits toxiques paraît ressortir de bien des faits que nous avons cités aussi bien dans le domaine expérimental que dans le domaine clinique.

Nous utilisons dans le traitement de la fièvre typhoïde un mélange opothérapique qui paraît capable d'une action *antitoxique toute particulière grâce à l'addition de moelle osseuse rouge* au cortex surrénal (2). Il peut amener parfois la négativation de la diazo-réaction d'Ehrlich (recherchée dans les urines d'un bout à l'autre de la maladie) malgré une température élevée.

D'une part, il donna des résultats pratiques surprenants, de l'autre, il parut avoir des effets antitoxiques très intenses ; on put ainsi observer des phénomènes de défervescence en crise plusieurs fois ; quarante-neuf observations, toutes favorables, ont été recueillies : ce nombre est, dira-t-on, trop faible pour constituer une démonstration objective de la valeur d'un traitement, mais il fut largement suffisant à l'expérimentateur pour acquérir une certitude personnelle.

Parmi ces typhoïdes du littoral méditerranéen, et malgré un pourcentage très important d'infections coquillagères on n'a observé que deux décès.

La sédation thermique s'opéra d'une façon le plus souvent régulièrement et lentement progressive : *le tuphos s'atténua pour disparaître presque immédiatement.* La guérison survint en trois à cinq semaines environ, avec une seule exception, celle du quinzième malade, dont l'infection se prolongea beaucoup plus longtemps. Sa convalescence ne fut jamais non plus traversée d'aucune poussée fébrile ou subfébrile.

L'observation de ces malades nous incita peu à peu à isoler certains symptômes de la maladie qui paraissent fonction d'un état toxémique engendré soit par l'éberthémie, soit par l'ensemble complexe des phénomènes de la maladie.

Nous jugeâmes que ces symptômes doivent être groupés comme étant la traduction de cet état toxique (1).

Ce sont :

Le tuphos.

Les zones rouges dépapillées de la langue.

L'hypotension artérielle (déjà étudiée par le professeur Loeper (2).

Le syndrome urinaire.

Le tuphos apparaît à première vue comme un phénomène toxique presque évident même à une personne peu familiarisée avec la séméiologie neuropsychiatrique : il se caractérise, en effet, par un ralentissement de l'activité et des réactions sensitivomotrices et sensorielles volontaires, associé à un degré variable de lenteur et d'obnubilation de l'idéation et de la mémoire ; parfois cet état s'accompagne de délire onirique.

L'aspect dépapillé en plages de certaines zones de la langue se rencontre, d'autre part, dans la petite azotémie des vieillards, dans la fièvre scarlatine, dans certaines tumeurs cérébrales : il a été signalé plus atténué et plus rare au début et à la fin des fièvres infectieuses.

L'hypotension artérielle s'observe notamment dans tous les états où les glandes surrénales se trouvent placées (*fonctionnellement* ou non) en état de déficit. Le professeur Loeper avait complètement étudié dans la fièvre typhoïde cette hypotension et *il montra qu'elle augmente parallèlement à la toxicité des urines et de l'élimination des imidazols.*

Le professeur Lian avait insisté sur la signification que peut prendre ce symptôme dans la fièvre typhoïde (forme hypotensive).

Le syndrome urinaire, si on en excepte précisément l'élimination abondante des corps de la série histaminique (imidazols) ne diffère guère du syndrome banal des pyrexies, avec son dépôt abondant, sa pigmentation assez intense. *L'hypertoxicité urinaire est beaucoup plus marquée qu'il n'est habituel chez les fébricitants, et le professeur Loeper a montré qu'il fallait attribuer le fait aux imidazols.*

Il utilisa pour le dosage précis de ses substances une technique personnelle et il employa pour la mesure parallèle de la toxicité, l'urotoxie du professeur Castaigne, modifiée en déféquant les urines et en les concentrant à chaud avant de les injecter au chien.

Le même auteur cite chemin faisant Hanke et Koessler qui en effectuant le dosage des imidazols dans l'urine des typhiques (au moyen de leur procédé personnel, à la vérité fort compliqué) ont relevé des

(1) Typhoïde grave, compliquée d'encéphalite excito-motrice, et guérie par l'immuno-transfusion. Par MM. Loeper, Lemaire, Soulié. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, sc. du 10 juillet 1931.

(2) *Progrès Médical*, n° 49 : 3 déc. 1938. Absence très fréquente de la Diazo-réaction d'Erlich au cours de certains traitements de la F.T. Elimination urinaire des imidazols. Valeur pronostique, par le Dr M. Wahl. (Observations résumées dans cet article).

(1) *Revue des Maladies du Foie*. Avril 1938. Symptômes toxiques hépato-spléno-surrénaux au cours de la F.T. Leur traitement, Dr M. Wahl.

(2) Hypotension des typhiques et imidazols. *Soc. méd. des hôp.* 1934. T. I., p. 154, 26 janvier. Loeper, Lemaire, Mahondeau, Lesure.

taux de concentration de ces corps strictement proportionnels à la gravité de la maladie, mais il insiste surtout sur le parallélisme du taux imidazolé avec l'hypotension artérielle et l'urotoxie.

Nous avons personnellement pu employer seulement cette technique toute grossière qu'est la réaction qualitative d'Erlich. Chez quatre malades traités qui présentaient cependant une température élevée, les délais normaux et les causes d'erreur habituelles ayant été écartées *la réaction se révéla négative.*

C'est là le témoin inattendu d'une action thérapeutique puissante. Dans ces conditions de traitement cette négativation d'une réaction toujours positive montre un changement profond dans le métabolisme des déchets toxiques habituels à la maladie. Il sera nécessaire ultérieurement de préciser si les imidazols ne prennent plus naissance ou si tout simplement ils peuvent être complètement tranformés parfois jusqu'au stade des déchets urinaires communs.

Au cours de ce traitement, l'albuminurie typhique fut plus rare qu'il n'est habituel ; elle n'apparut que de façon toute transitoire et chez fort peu de malades, avec il est vrai une exception importante, le cas XV, Blach... chez qui elle atteignit jusqu'à 0 gr. 90 par litre.

Le dépôt urinaire habituel aux pyrexies a toujours été absent ou réduit à un simple nuage floconneux non rétractile. Un autre fait est tout particulièrement important à nos yeux la *diminution très nette* de la pigmentation des urines, qui conservèrent malgré la fièvre, malgré leur volume parfois réduit, une coloration normale. Nous avons cru intéressant chez l'individu sain d'injecter le même mélange et nous avons obtenu également une diminution aussi importante de la pigmentation urinaire au bout d'un certain nombre de jours de traitement ; nous savons combien peuvent paraître sujets à caution des observations directes de teintes sans la référence à une échelle colorimétrique, mais ici les résultats furent si intenses qu'il ne peut y avoir le moindre doute. Au bout d'une quinzaine de jours la coloration obtenue répondait à celle habituelle des sujets normaux après la dilution au moins de moitié de leur urine, et nous avons vérifié que la concentration en substances extratives restait au moins aussi élevée (1). La décoloration étant proportionnellement aussi marquée chez l'homme normal que chez le typhique, il est logique de l'attribuer dans les deux cas, principalement à la diminution de l'urochrome, pigment normal le plus important.

Ce pigment présente dans sa composition un noyau histaminique : en effet, en solution urinaire suffisamment concentrée, il donne la réaction d'Ehrlich (Lambling) spécifique comme on sait de ce groupe aminé. Cette expérience ferait supposer que le taux des imidazols est diminué dans l'organisme normal par le traitement. Il ne saurait s'agir, en tout cas de la présence d'urochromogène (incolore) au lieu d'urochrome : ce corps aurait donné une réaction histaminique franche (Lambling).

Même dans les états où l'imperméabilité rénale est accentuée l'urochrome passe d'ordinaire encore facilement dans l'urine ; le taux de concentration du pigment étant surtout élevé quand il existe une diminution de l'élimination aqueuse. Dans certaines urines, il est associé aux pigments normaux qui proviennent de la non élaboration ou de la rétention des éléments de la bile. Inversement, il semble que la sécrétion externe abondante de la bile soit l'un des principaux facteurs qui, *in vivo* et normalement, aboutissent à une excrétion très faible de l'urochrome.

(1) Communication personnelle au Congrès d'Evian 1938.

Peut-être cette substance est-elle génétiquement assez proche des pigments biliaires pathologiques.

Les formules sanguines des différents sujets traités ont été relevées avec soin : les résultats observés n'ont pas correspondu exactement aux modifications (avec leurs variations considérables) décrites par les auteurs.

Nous n'avons utilisé que les procédés courants du laboratoire d'examen sans effectuer des recherches spéciales délicates, les prélèvements étant faits à des intervalles de sept à douze jours.

A la période d'état à peu près constante fut *la diminution*, le plus *souvent très légère du nombre des globules blancs.*

Cette tendance à peine esquissée à la leucopénie nous est apparue constante aussi longtemps que l'infection a gardé le moindre caractère évolutif. La régénération globulaire ne précéda en tous cas jamais l'immunité (1) que de peu de temps.

Une remontée thermique a été prévue sur la constatation d'une hypoleucocytose chez un malade qui paraissait sur le point d'entrer en convalescence.

La prédominance relative des formes mononucléées fut presque constante également, mais elle s'affirma surtout vers la fin de la maladie pour *persister encore dans la période de convalescence.*

Sitôt l'immunité obtenue et seulement à ce moment, — il s'est toujours agi de formes sans complications — *la leucocytose totale s'éleva pour dépasser toujours franchement la normale*, mais nous l'avons dit, sans modification brutale de la formule leucoytaire.

On n'a pas constaté d'hyperleucocytose au cours de la maladie. On n'a pas observé de modifications qualitative autres que celles décrites. Ceci doit nous amener à spécifier que le premier prélèvement n'a jamais été excessivement précoce, mais qu'il a été effectué en même temps que l'hémoculture lorsque les signes cliniques étaient assez nombreux pour permettre de poser pratiquement le diagnostic. Les modifications toutes fugaces de la période d'invasion ont donc dû passer inaperçues.

Dans le cours de la maladie l'espacement moyen entre deux examens a été d'environ une semaine. Un de nos typhiques (Blach..., obs. XV) a présenté une forme anormalement grave et *prolongée* et malheureusement les deux dernières formules sanguines numérées furent de ce fait espacées d'une vingtaine de jours. Un abcès de fixation avait été pratiqué à peu près en même temps que l'avant-dernier examen ; il fut incisé entre temps et donna lieu à une suppuration

(1) On trouvera décrits les modalités de la formule sanguine des typhiques traités par les méthodes habituelles dans le traité d'Hématologie, des Professeurs Bezançon et Labbé. Certaines particularités ont été décrites par des auteurs, voir : Monocytones en clinique. *Rev. de Méd.*, n° 8, 1927. MM. Merklen, Wolf et Bolf; Hématologie de la f. typhoïde. M. Morel (*thèse de Lyon*). Monginet, contrib. à l'étude de l'état des globules blancs dans la F.T. (*thèse de Bordeaux*, 1928-29).

abondante. Lorsque la formule leucocytaire fut numérée à nouveau l'écoulement purulent n'était pas tari mais déjà notablement diminué ; nous fûmes malgré tout surpris de constater que le nombre total des leucocytes n'excédait pas 4.000 par mm.^{3}. Voici d'ailleurs cette formule leucoytaire (1).

Globules rouges 3.180.000 ; taux de l'hémoglobine : 70 %.

Anomalies : néant.
Globules blancs : 4.000.
Polynucléaires neutrophiles : 56 %.
Polynucléaires éosinophiles : 3 %.
Polynucléaires basophiles : 0.
Grands mononucléaires : 2 %.
Moyens mononucléaires : 14 %.
Petits mononucléaires : 25 %.
Myélocytes : néant.

Doit-on conclure que chez ce malade fort grave la poussée polynucléaire de suppuration fut absente ? Faut-il croire seulement qu'elle fut fugace.

Devrait-on aller jusqu'à supposer, par exemple, que le traitement antitoxique (qui finit par triompher de ce cas rebelle) simplifia effectivement les réactions de défense de l'organisme et supprima la polynucléose de suppuration ? Il faudrait alors attribuer celle-ci uniquement aux antigènes toxiques du pus, et admettre que les effets en aient été neutralisables par le traitement. Ainsi, on supposerait que cette tendance leucopénique permanente traduisait la déficience de l'organisme dans sa lutte contre le bacille d'Eberth.

(1) Cette formule est due à l'obligeance de M. le Dr Banque.

Quoiqu'il en soit retenons l'opposition de ce résultat numérique avec l'hyperleucocytose du jeune D... (obs. XIV) de typhoïde écourtée, déjà citée plus haut.

La leucopoïèse reste plus habituellement modérée (c'est-à-dire inférieure à 9.000 éléments par millimètre cube) ; nous croirions pouvoir avancer qu'elle s'établit très rapidement et est à peu près contemporaine de l'immunité.

Chez un adulte non vacciné contaminé sévèrement par des coquillages (bacille d'Eberth) mais traité de façon précoce, la tendance leucopénique de la période d'état fut tardive, faible et toute transitoire (obs. X, Cf. C. R. Comité Médical des B. D. R., 25 juillet 1937) (1).

Voici comme exemple l'évolution complète de sa formule sanguine :

	12 fév. 1937	20 février	27 février	6 mars	18 mars
Globules rouges	3.550.000	3.650.000	4.000.000	3.600.000	3.900.000
Modifications pathologiques	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Globules blancs	6.200	6.000	4.700	5.600	9.000
Elément normaux	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Polynucléaires neutrophiles	62	78	67	49	59
Polynucléaires eosinophiles	1	0	0	0	2
Polynucléaires basophiles	0	0	0	0	0
Formes de transition	3	10	1	6	2
Mononucléaires : lymphocytes	26	7	4	29	2
» monocytes	8	5	28	20	35

D'une façon générale, ces formules sanguines sont homogènes comme fut homogène l'évolution clinique.

Dans les cas très favorables, la leucocytose est plus intense ; dans les cas moins favorables une tendance leucopénique persiste parfois fort longtemps, jusqu'à ce que l'immunisation fut solidement établie.

La composition interne de toutes ces formules sanguines est à prédominance des formes mononucléées.

Rappelons, d'autre part, que la formation des substances histaminiques et leur non destruction restent obscures.

Cette imprécision n'empêche pas que l'importance de la notion de l'intoxication des organes de défense ou des systèmes d'organes de défense n'apparaisse de plus en plus grande — ce sera notre conclusion — à mesure qu'avancent les recherches poursuivies parallèlement dans les domaines biologique et clinique.

(1) Nous remercions M. le Dr Ciaudo, du Laboratoire des Drs Lafond et Ciaudo qui a bien voulu suivre les variations de la formule sanguine de ce malade.

Physiopathologie de la vieillesse et introduction à l'étude des maladies des vieillards, par P. Bastai et G.-D. Dogliotti. Un vol. de 235 pages avec 40 fig. Prix : 40 fr. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

Mariage et stérilité, les problèmes moraux de la continence périodique, par le Dr Michel Guérin. Un vol. de 209 pages avec 9 figures. Prix : 20 fr. A la Librairie Amédée Legrand, à Paris, 1938.

La dépression constitutionnelle, l'ancienne neurasthénie dans ses rapports avec la médecine générale, clinique, biologique, thérapeutique, par R. Montassut, avec une préface du Professeur Henri Claude. Un vol. de 210 pages, prix : 45 francs. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

Etudes neurologiques, par Georges Guillain, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de la Salpêtrière (8e série). — Un volume de 420 pages avec 72 figures, 90 francs. Masson, éditeur, Paris.

Pathologie chirurgicale de la rate, par Pierre Goinard, chirurgien des hôpitaux d'Alger. — Un volume de 174 pages avec 4 figures et 11 planches, 55 francs. Masson, éditeur, Paris.

Les Manifestations de l'anaphylaxie et les substances histaminiques, étude clinique, expérimentale et thérapeutique, par Jean-Louis Parrot. Un volume de 112 pages avec 7 figures. Prix : 32 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1938.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

La responsabilité des chirurgiens en cas d'oubli d'un objet dans le corps d'un opéré

L'oubli par les chirurgiens d'objets dans le corps de leurs opérés donne lieu à maintes plaisanteries. Il fournit aussi matière à de graves commentaires et, après diverses autres juridictions, la Cour d'Appel de Bordeaux, en une décision du 23 mars 1939 (*Gaz. Pal.*, 15 juin 1939), vient de préciser dans quelle mesure elle estimait que pouvait être engagée en pareil cas la responsabilité des praticiens.

Comment cette responsabilité avait-elle été appréciée par la jurisprudence antérieure ?

Un arrêt de la Cour d'Amiens, du 16 juillet 1931 (*Gaz. Pal.*, 1931, 2, 773) avait décidé que constitue une faute professionnelle, certaine et caractéristique de la négligence pénalement réprimée par l'article 320 du Code Pénal, le fait par un chirurgien d'omettre de retirer une compresse qu'il avait placée pour obturer une hémorragie interne.

La Cour ajoutait que cette faute ne pouvait être excusée sous le prétexte des difficultés particulières d'une intervention chirurgicale pratiquée en cas d'urgence alors qu'elle eût été rendue impossible, selon elle, si le chirurgien avait pris au cours de l'intervention les précautions d'usage.

Tout au contraire, la Cour de Besançon, en un arrêt du 11 juillet 1932 (*Gaz. Pal.*, 1932, 2, 694), a déclaré que l'abandon d'une compresse ne peut plus être considéré comme une faute du chirurgien, mais comme un accident opératoire contre lequel aucun procédé vraiment efficace ne permet de se garantir lorsqu'il est survenu au cours d'une opération revêtant un caractère de gravité toute particulière et devant être pratiquée avec la plus extrême rapidité.

A son tour, la Cour de Paris, aux termes d'une décision du 16 avril 1934 (*Gaz. Pal.*, 1934, 2, 10), a admis que, lorsqu'après une opération grave, longue et délicate, un chirurgien se rend compte qu'il a perdu une compresse et la cherche dans les limites de temps où il est raisonnable de le faire, on ne peut lui reprocher d'avoir refermé le ventre sans la retrouver si la prolongation de l'anesthésie consécutive à une opération déjà complexe était susceptible d'entraîner pour le malade des conséquences dangereuses. La Cour a déclaré estimer que, dans ces circonstances, la perte de la compresse qu'il était impossible de rechercher davantage sans risquer la vie de l'opéré, constituait un accident opératoire, un cas de force majeure et ne pouvait être imputée à faute au chirurgien.

Par une nouvelle décision du 29 octobre 1934 (*Gaz. Pal.*, 1934, 2, 905), la Cour de Paris confirmait très exactement sa jurisprudence précédente et en faisait application à l'encontre d'un chirurgien dont l'oubli lui apparaissait comme ne pouvant être excusé ni par un accident opératoire, ni par un cas de force majeure.

Enfin, la Cour de Bordeaux, en son arrêt du 23 mars 1939, vient d'apporter une très intéressante contribution à l'étude juridique de cette question. Voici en quels termes :

« Attendu qu'il ne saurait être question, par une sévérité excessive et peu avertie, de méconnaître les durs obstacles que peut, en certaines circonstances, rencontrer le chirurgien ; que, dans un drame où se joue la vie du malade, il doit accorder toute son attention à ce qui est le danger immédiat pour y parer ; qu'il est donc concevable, sans juger dans l'absolu, où il n'y a rien d'imprévisible et d'indivisible, que la perte d'une pince, au moment de l'action, soit excusable comme étant fortuite ou de force majeure, alors surtout que, comme en l'espèce, l'anesthésie ne pouvait se prolonger sans danger ; que, si ce n'est pas dans le fait lui-même de la perte que réside le faute du chirurgien... »

Les appréciations émises par la Cour de Bordeaux sont d'autant plus remarquables qu'il s'agissait non plus de l'oubli d'une compresse, lequel, pour reprendre les termes de l'arrêt de Besançon précité, « peut passer inaperçu, tout étant teinté de sang », mais de l'oubli d'une branche de pince hémostatique dont la présence insolite semble plus facile à déceler.

La Cour de Bordeaux n'en a pas moins retenu la responsabilité du chirurgien attrait devant elle. A son avis, en effet, certains devoirs préparatoires ou subséquents à l'opération s'imposent aux praticiens, qui doivent prendre toutes mesures utiles et efficaces non seulement pour éviter tout oubli, mais encore pour se rendre compte de cet oubli et pouvoir prendre éventuellement les mesures nécessaires. Elle en a conclu que le chirurgien en cause, lequel n'avait pas procédé au dénombrement de ses pinces, avant et après l'intervention, avait commis une faute, car ce dénombrement lui eût apporté la révélation de l'absence de la branche de pince laissée dans l'abdomen du malade.

Telle est, en cette délicate matière, l'évolution de la jurisprudence. Elle dénote chez ses auteurs une compréhension de plus en plus marquée des difficultés que rencontrent les chirurgiens et elle autorise à espérer que la Cour de cassation, lorsqu'elle viendra à son tour à se prononcer, partagera l'avis exprimé par M. le Professeur Jean-Louis Faure et reproduit dans l'arrêt de la Cour de Besançon : « L'abandon d'une compresse est un accident comme il peut en arriver beaucoup au cours d'une opération. Toutes les précautions qu'on a essayé de prendre pour le rendre impossible sont en réalité plus nuisibles qu'utiles ».

C. Nattan-Larrier,
Docteur en droit.
Avocat à la Cour de Paris.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES (1) DE L'INSUFFISANCE SURRÉNALE

II. — Les insuffisances surrénales chroniques

A. — La maladie d'Addison.

C'est la forme la plus anciennement connue et la plus typique de l'insuffisance surrénale lente.

Elle relève habituellement d'une *tuberculose bilatérale des capsules surrénales* avec envahissement des plexus sympathiques voisins. Tuberculose ulcéro-caséeuse dans la majorité des cas, plus rarement du type scléreux, non folliculaire.

Exceptionnellement elle découle d'une *syphilis gommeuse*, ou d'une *tumeur maligne*, ou de certaines *dégénérescences lipomateuses* de la glande.

Etude clinique

α *Le début* en est insidieux et progressif, chez un homme de 20 à 40 ans, par des troubles longtemps mal caractérisés, d'où émergent toutefois par leur constance et leur importance croissante :

— Une *asthénie*, insolite, permanente;
— Des *troubles digestifs* assez banaux.

---

(1) Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 69, p. 1158.

β Puis peu à peu les troubles s'accentuent, se groupent et assez rapidement le *tableau classique de la maladie d'Addison* est constitué.

1° Il est dominé par un symptôme *fondamental*, en l'absence duquel on ne peut parler de maladie d'Addison :

La *mélanodermie*.

Débutant sous l'aspect de taches brunâtres aux *régions découvertes*, ou *normalement pigmentées*, ou soumises à une irritation habituelle ou accidentelle, elle se généralise ensuite, réalisant dans l'ensemble une *pigmentation bronzée, mais terne :*

— Qui prédomine là où elle a débuté;

— Qui respecte habituellement la plante des pieds, la paume des mains, le cuir chevelu;

— Qui n'est pas absolument uniforme : certaines régions (face, avant-bras) présentent des taches lenticulaires hyperpigmentées, d'autres par contre ont un aspect vitiligoïde par places.

A ce trouble majeur de la pigmentation de la peau s'ajoute une atteinte.

Des muqueuses : Notamment la muqueuse buccale. En examinant la face interne des lèvres et des joues, ou la face inférieure de la langue, on note des taches brunâtres, irrégulières, groupées par deux ou trois, — dont la valeur séméiologique est grande, surtout chez les sujets normalement très pigmentés.

Et *des phanères :* La coloration des cheveux et des poils fonce, les ongles se strient.

La constatation d'une telle mélanodermie commande la recherche des autres symptômes de la série surrénale.

Notamment de cet autre signe majeur :

2° *L'Asthénie,*

Subjectivement marquée par une sensation permanente d'épuisement, de fatigue extrême : l'Addisonnien reste couché, est aboulique, parle peu, est incapable d'un effort intellectuel.

Objectivement traduite par une *fatigabilité rapide et intense* malgré l'absence de toute paralysie, de tout trouble réflexe et la conservation, pendant longtemps, de la force musculaire.

Les épreuves au dynamomètre et à l'ergographe mettent bien en évidence, après un premier effort normal, cet épuisement musculaire rapide, caractéristique de l'asthénie addisonnienne,

Plus accessoirement de :

3° *L'Hypotension :*

Responsable des vertiges, des tendances lipothymiques, de l'essoufflement si fréquent chez ces malades.

Traduite par la *petitesse* et la *rapidité du pouls*, et surtout par une chute nette et globale de la T. A.

Mais qui n'acquiert toute sa valeur que lorsqu'elle porte réellement sur les deux chiffres, et qu'elle est *très notable.*

4° *Des troubles gastro-intestinaux :*

Anorexie globale et progressive;

Etat nauséeux;

Constipation,

Sont les symptômes de fond sur lesquels se greffent de temps à autre des *paroxysmes* au cours desquels d'Addisonnien :

Souffre de douleurs abdominales ou lombaires souvent très vives, *tabétiformes* — et fixes, d'autres fois plus fugaces, ou plus diffuses, exacerbées par la pression en certains points (notamment à l'extrémité vertébrale de la 12e côte).

Vomit et présente une *diarrhée profuse.*

En regard de ces associations symptomatiques si hautement évocatrices, l'examen somatique aura en vue de rechercher :

a) Les troubles associés :

Le psychisme des addisonniens est habituellement normal, cependant au moment des crises paroxystiques, il n'est pas rare de voir évoluer des *épisodes délirants.*

Les troubles endocriniens possibles, en particulier dans la sphère génitale : l'impuissance chez l'homme, l'aménorrhée chez la femme sont de règle.

Les modifications humorales, dont nous verrons ultérieurement l'importance dans les formes frustes — pour ne citer que les plus notables.

L'anémie avec leucocytose.

L'hypocholestérinémie, l'hypochlorémie, l'hypothiémie, et surtout *l'hypoglycémie*, et l'on sait l'hypersensibilité des addisonniens aux injections d'insuline des doses minimes suffisant à déclencher un coma hypoglycémique.

b) Les signes de l'infection tuberculeuse :

Recherche d'une autre bacillose viscérale — *pulmonaire* en particulier — par les moyens habituels.

Il faut souligner d'ailleurs qu'habituellement il s'agit de φ à allure torpide, insidieuse, à tendance *fibreuse* et sans gros signes radiologiques.

L'évolution :

Lente et progressive, avec de brusques poussées d'aggravation, puis des phases de rémission, la maladie d'Addison aboutit classiquement à la mort en un à trois ans.

Les moyens thérapeutiques que des travaux modernes ont mis à notre disposition permettent de retarder l'échéance fatale.

C'est ainsi que l'association :

Hormone cortico-surrénale (cortine) ;
Cystéine;
Sérum salé hypertonique;
Adrénaline,

Dans les cas heureux permet :

— D'améliorer les troubles fonctionnels et subjectifs;

— D'augmenter la résistance du malade;

— De juguler les poussées, qui s'espacent pendant un certain temps.

Mais : Les résultats n'en sont pas constants, et l'emploi de l'hormone n'est malheureusement pas courant.

Aussi en pratique ne peut-on qu'améliorer *transitoirement* le malade. L'évolution naturelle du syndrome addisonnien, retardée, finit par suivre son cours inexorable et le malade meurt.

1° *Soit dans un tableau de cachexie*, où les troubles de la nutrition, avec un amaigrissement considérable, se surajoutent à l'asthénie, l'aboulie extrême, l'hypothermie, l'hypotension, et la torpeur, qui devient peu à peu coma.

2° *Soit dans un tableau brutal d'I. S. aiguë,* tels que ceux que nous avons déjà envisagés,

— Et ce, à l'occasion d'une cause souvent minime, un épisode infectieux, un traumatisme par exemple.

— Où la *mort subite* est l'un des plus fréquents.

5° *Autres aspects cliniques de la maladie d'Addison :*

a) Ils peuvent être réalisés par la prédominance d'un symptôme et on décrit :

La f. mélanodermique, où la pigmentation précède de plusieurs mois le syndrome complet.

La f. asthénique, la f. amyotrophique qui serait l'apanage des surrénalites scléreuses lentes, et dont l'amyotrophie diffusé peut la faire confondre avec une polynévrite.

Les f. douloureuses (pseudo-appendiculaire par exemple).

b) Un aspect fréquent est réalisé par *l'addisonisme des tuberculeux* (Boinet), où tous les signes existent, mais *estompés :* il s'agit de ces tuberculeux avérés qui présentent une pigmentation du *cou*, des *aisselles*, parfois des taches ardoisées sur la muqueuse buccale, et s'accompagnant d'une fatigue et d'une hypotension plus considérables que leurs lésions pulmonaires ne le comporteraient.

De tels faits :

— Demandent à être précisés par les examens au dynamomètre et les dosages biologiques sur lesquels nous reviendrons;

— Expliquent les *morts subites* des tuberculeux chroniques;

— Justifient les thérapeutiques spécifiques que nous avons vues, et qui peuvent améliorer subjectivement les malades.

c) Signalons pour mémoire les *formes associées* à une maladie de Basedow, à un diabète bronzé, à un syndrome de Paget, à la sclérodermie.

— Ce sont des faits exceptionnels.

d) *Chez la femme enceinte :* la maladie d'Addison est particulièrement grave car :

— Provoquant l'avortement;

— Evoluant très rapidement.

Chez l'enfant, elle est tout ensemble *atypique* et *grave*, heureusement assez rare.

Atypique du fait de la nette prédominance digestive et nerveuse des symptômes :

— Diarrhée profuse;

— Accidents abdominaux aigus pseudo-chirurgicaux, ou convulsions et mouvements choréo-athétosiques associés à une anémie sévère.

— Du fait des caractères particuliers de la mélanodermie qui n'atteint souvent que les cheveux et les ongles.

Grave car mortelle rapidement (moins d'un an) dans la plupart des cas — mort subite encore ici fréquente — les rares cas de survie voient évoluer les signes habituels de l'*infantilisme*.

B. — Les insuffisances surrénales chroniques frustes.

Elles sont, en clinique, de connaissance relativement récente, et ce sont les données physiologiques, acquises à la suite des travaux modernes, qui permettent, plus que la clinique pure, de les reconnaître.

Contrairement au syndrome d'Addison, véritable insuffisance *lésionnelle*, ces petites I. S. sont purement *fonctionnelles* et réagissent favorablement à la thérapeutique.

Etiologie.

La cause en est inconnue dans la majorité des cas. Néanmoins, il n'est pas rare que la syphilis héréditaire soit en cause, retrouvée dans les antécédents à une ou deux générations de distance.

On les rencontre à tous les âges, depuis les jeunes enfants, moroses apathiques, paresseux jusqu'aux adultes qui s'aperçoivent que leurs aptitudes tant physiques qu'intellectuelles, baissent progressivement.

Etude clinique.

1° *L'asthénie* est ici encore le symptôme majeur :

Asthénie physique souvent maxima le matin au réveil et se dissipant pour réapparaître le soir.

Asthénie intellectuelle obligeant le sujet à limiter son travail — qui aboutit, sans traitement, à des *états mélancoliques et neurasthéniques*, qui font que, bien souvent, c'est au neuro-psychiatre que le malade s'adresse en premier lieu.

Asthénie musculaire enfin, cause de lassitude à la marche, avec fatigabilité rapide.

2° *L'hypotension* artérielle doit être systématiquement recherchée en présence de ce syndrome asthénique si particulier.

Elle est habituelle, de l'ordre de 10-7, 9-6, mais il est rare qu'elle donne lieu à des manifestations objectives.

3° *Les troubles digestifs* sont constants, et ces *manifestations dyspeptiques* banales d'apparence, mais rebelles aux traitements ordinaires, sont souvent incriminées pour expliquer l'asthénie.

Par ailleurs, il faut noter :

Un signe négatif important : habituellement *pas de pigmentation*, par contre, avec une fréquence relative, l'association d'autres troubles endocriniens mineurs : légères insuffisances ovarienne et thyroïdienne en particulier.

— Cet ensemble clinique ne saurait suffire, à lui seul, à caractériser l'insuffisance surrénale légère. Pour affirmer la réalité de l'affection, et justifier l'application d'un traitement qui doit être assez prolongé, il faut avoir recours aux épreuves physiologiques, qui montrent la diminution du fonctionnement des surrénales. Ce sera aussi le seul moyen de les distinguer des asthénies, des névropathies, ou des insuffisances thyroïdiennes qui, cliniquement, lui ressemblent.

Epreuves complémentaires.

L'Ergographie est le test le plus sûr pour mettre en valeur l'extrême fatigabilité : les courbes comparées montrent combien le travail va en diminuant au fur et à mesure que se poursuit l'examen.

Les mesures biologiques.

Deux tests acquièrent une valeur considérable.

a) *L'hypoglycémie provoquée par injection d'insuline.* Normalement, chez ces sujets, la glycémie est *basse*.

L'injection d'une petite quantité d'insuline (5 unités) provoque une baisse rapide, considérable, et qui persiste anormalement longtemps.

En raison des dangers que comporte cette méthode, il est prudent d'agir avec circonspection : mais c'est là une réaction des plus caractéristiques de l'I. S.

b) *Le dosage de glutation sanguin*, de pratique courante actuellement.

Les travaux physiologiques modernes ont montré que, de toute l'économie, la glande surrénale est l'organe le plus riche en glutathion, dont elle est capable de faire la synthèse — et actuellement ce dosage renseigne assez bien sur le fonctionnement de la glande.

Dans les I. S., il est *abaissé*, et d'autant plus que l'asthénie se montre plus intense. Au lieu de 180 à 260 milligr. on trouve couramment dans ces cas des chiffres de l'ordre de 120, 100 milligr. et parfois moins.

Ces deux tests suffisent en pratique.

Ajoutons cependant que des examens plus complets montreraient :

— Une diminution notable des chlorures du sang;

— Une baisse de la réserve alcaline;

— Une hypocholestérinémie.

Evolution. — *Non traitées*, ces petites I. S., peuvent persister indéfiniment, soit sans modifications appréciables, soit par contre en s'aggravant lentement. Cependant jamais elles n'évoluent vers le syndrome d'Addison.

Traitées, au contraire, elles sont susceptibles non seulement d'améliorations, mais de guérisons, à condition toutefois que la thérapeutique soit répétée périodiquement — les tests suivis régulièrement permettent d'ailleurs de juger de ses bons effets.

Cette thérapeutique est essentiellement basée sur l'emploi, simultané ou alternatif, des *extraits opothérapiques surrénaux* d'une part, de la *cystéine* ou de *préparations soufrées* d'autre part.

— Les résultats intéressants qu'elle a permis d'obtenir dans un certain nombre d'affections auparavant mal individualisées ou classées, où prédomine le symptôme asthénie, permettent de conclure au rôle qu'il faut attribuer à ces insuffisances surrénales *mineures*, *fonctionnelles*, qui se révèlent en pratique relativement fréquentes.

Le Sueur.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Le N° 60 Centimes.

[illegible]ITAUX

De tels faits :

— Demandent à être précisés par les ex
momètre et les dosages biologiques s
reviendrons;

— Expliquent les *morts subites*
niques;

— Justifient les thérapeut
avons vues, et qui peuve
malades.

c) Signalons pour
maladie de Basedow
de Paget, à la sclér

— Ce sont d
chez l

N° 72. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

Analyses et indications bibliographiques,
Chirurgie, par E.-A. DARIAU.

Notes de médecine pratique.
La Chlorophylle en thérapeutique, par L. BABONNEIX.

Sociétés Savantes.
Société des chirurgiens de Paris. — Société de Neurologie.

Livres nouveaux.

Nécrologie
Albert Brault, par L. BABONNEIX.

Dans ces jours où, pour la seconde fois, la guerre nous est imposée par la mauvaise foi et les appétits monstrueux de nos voisins de l'Est, nous tenons à adresser à nos confrères mobilisés l'expression de nos vœux profondément cordiaux.

Avec la même foi que les combattants, coude à coude avec eux, ils se donnent de toute leur âme à la défense de ce que nous avons de plus cher au monde : l'honneur et la liberté.

A ceux de l'arrière à montrer la même union, la même discipline, la même confiance dans les destinées de la France.

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris. — Le professeur Robert Debré, assisté du Dr Henri Bonnet, chef des travaux, commencera, le 15 décembre 1939, un cours complémentaire de bactériologie, avec la collaboration de MM. Gastinel, agrégé ; Gallerand, Leblois, Nevot, assistants.

Le cours qui comprend 50 séances, aura lieu au Laboratoire de Bactériologie ; il cessera le 15 mars 1940.

Ce cours s'adresse aux médecins, aux internes des hôpitaux, aux étudiants en fin de scolarité.

Chaque séance comprendra un exposé théorique et des manipulations. Les auditeurs seront exercés aux techniques microbiologiques appliquées au diagnostic des maladies infectieuses de l'homme.

Travaux pratiques de bactériologie. — Des travaux pratiques de revision (12 séances), pour les étudiants de 3e année N R. et de 2e année A. R., auront lieu de 14 heures à 16 heures, au Laboratoire de Bactériologie, du lundi 2 octobre au samedi 14 octobre 1939 inclus.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4) à partir du 15 septembre, les lundi, mercredi et vendredi, de 14 heures à 16 heures.

Droit d'inscription : 125 francs.

La protection des femmes enceintes, des bébés et des jeunes enfants. — Le ministère de la Santé publique communique que :

M. Marc Rucart, ministre de la Santé Publique, vient de créer, avec le concours de divers organismes, un service destiné à protéger les bébés, les jeunes enfants et leurs mamans. Il informe que les femmes enceintes, les mères avec des enfants de moins de 4 ans et des enfants isolés de moins de 7 ans peuvent, dès maintenant, être évacués à la campagne, soit chez des particuliers, soit dans des centres spécialement aménagés pour les recevoir.

Mamans et enfants seront accueillis par des personnes qualifiées.

S'inscrire d'urgence dans les permanences d'offices de protection maternelle de l'enfance.

La transfusion sanguine. — Le ministre de la Santé publique communique la note suivante :

Le centre de transfusion sanguine de l'hôpital Saint-Antoine se met à la disposition des médecins désirant se familiariser avec les techniciens de recherche des groupes sanguins

Tous les jours, entre 14 heures et 17 heures, des épreuves pratiques pourront être effectuées par tous les médecins qui voudront bien se présenter au centre de recherches hématologiques et de transfusion sanguine, à l'hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, Paris (12e).

D'autre part, le public est avisé que la détermination du groupe sanguin de toute personne qui se présentera sera faite au centre de l'hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, les lundi, mardi, jeudi et vendredi de 15 à 17 heures.

Les femmes médecins. — Les femmes médecins sont instamment priées d'adresser d'urgence à la vice-présidente de l'Association française des femmes médecins, docteur Dreyfus-Sée, 12, avenue Pierre-Ier-de-Serbie, Paris (16e), une note indiquant :

1° Leur spécialisation ;
2° Leur affectation principale si elles en ont une ;
3° Le temps libre dont elles pourraient disposer ;
4° La région où elles préféreraient être utilisées

« La médecine à travers le monde ». — *Etats-Unis.* — Une délégation d'anciens combattants français a été invitée par « La New-York World's Fair » à visiter l'Exposition Internationale et à participer à « La Semaine Française du 14 juillet ». Parmi les délégués conduits par M. Georges Rivollet, secrétaire général de la Confédération, ancien ministre des Pensions, nous relevons les noms du docteur Fernand Masmonteil, de Paris, et du docteur Vimal de Fléchac, de Clermont-Ferrand.

Sur l'invitation des directeurs de « L'International Center Hospital » et du « Medical Center Hospital », M. Masmonteil a fait deux conférences avec film sur la stérilisation des locaux opératoires. Le conférencier a exposé les diverses recherches faites depuis quelques années en vue d'obtenir l'asepsie de l'air, des parois et du sol des salles d'opération. Il a signalé en même temps les résultats obtenus dans l'amélioration des suites opératoires, tant au point de vue de la cicatrisation des plaies que de la diminution des complications : phlébites, embolies, etc..., confirmant ainsi l'intérêt qu'il y a à compléter la climatisation des salles d'opérations par leur stérilisation.

Cette question a d'autant plus retenu l'attention de nos collègues Américains que, jusqu'ici, seul le problème du conditionnement avait été envisagé aux Etats-Unis.

Manuel d'hématologie pratique. Un vol. in-8 de 162 pages, par Edouard Peyre, avec une préface du Professeur Roussy. A la librairie E. Le François, à Paris, 1938.

Le traitement de la tuberculose ou 50 années d'erreur. Un vol. de 109 pages par le Dr Arnold, chez l'auteur : 1, rue Castéja, Boulogne-sur-Seine, 1938.

Biologie et médecine, par Jean Rostand. — Un volume in-16 petit jésus, 25 francs. N. R. F., Paris.

Traité pratique de Curiethérapie, curiethérapie en gynécologie, par P. Degrais et A. Bellot. Un vol. grand in-8, de 104 pages. Prix : 25 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1939.

Nécrologie

Albert Brault (1852-1939)

Sans doute, sa santé donnait des inquiétudes. Mais telles étaient son énergie, son activité, sa promptitude à saisir les moindres nuances que nous espérions le garder longtemps encore parmi nous. Pour l'abattre, il a fallu la mort de celle qui portait si dignement son nom. Depuis cette date fatale, il ne fréquentait plus guère nos assemblées. Retiré dans ses souvenirs, lisant et relisant, dans des éditions originales aux magnifiques reliures, ses chers classiques du XVIIe siècle, entouré de la tendresse et de la vénération des siens, il s'est éteint sans souffrances dans cet appartement de la rue de l'Arcade qu'il occupait depuis un demi-siècle. Quelle que soit la gravité des événements actuels, comment laisser partir ce vieux maître sans retracer sa brillante carrière, sans rendre hommage à son œuvre, sans rappeler ses rares qualité d'esprit et de cœur ?

Arrivé à l'internat en 1876, médecin des hôpitaux en 1883, chef de service en 1885, il n'a pas quitté Lariboisière jusqu'au moment de sa retraite. En 1911, il entrait à l'Académie. Il n'avait encore d'autres distinctions que les palmes violettes, le ministre de l'Instruction publique ayant répondu au doyen Debove : « Pourquoi me proposez-vous, pour la croix, quelqu'un qui n'a pas de titres ?... » Mieux inspirés, ses successeurs firent de Brault un chevalier, puis un officier de la Légion d'honneur.

Son œuvre est de celles qui resteront. Elève de Cornil, et spécialisé depuis toujours en anatomie pathologique, n'a-t-il pas dirigé, avec Letulle, la deuxième édition du *Traité d'anatomie pathologique* de Cornil et Ranvier écrit, pour la Collection Leauté, un livre sur *Les artérites, leur rôle en pathologie*, rédigé, pour le *Traité de Médecine* un magistral article sur les *Affections des reins*, publié, chez Masson, le résultat de ses belles recherches sur *la Glycogénèse*. Il ne s'est pas contenté d'écrire : il a aussi su former une école, celui que des conjonctions d'astres défavorables avaient écarté de l'agrégation. Et quelle école. N'y trouve-t-on point les noms de Courcoux, de Loeper, de René Marie, de Milian, de Ribadeau-Dumas, de Sergent ?

De ses élèves, aucun qui ne lui ait voué la reconnaissance la plus respectueuse et la plus durable. N'était-il pas le savant dont le nom faisait autorité en matière d'anatomie pathologique ? Ce savant n'était-il pas un homme de bien. On ne savait qu'admirer le plus en lui, de sa conscience, de son sentiment du devoir, de sa force de caractère qui lui avait permis, au lendemain du 7 octobre 1918, de continuer sa tâche comme si, la veille, il n'avait pas perdu son fils aîné, tué en entraînant ses hommes à l'assaut ? On estimait sa distinction de grand bourgeois, on était sensible à l'aménité de ses manières, on savait la fidélité de ses affections. Croyants ou incroyants s'inclinaient devant la fermeté de ses convictions. Au moment suprême, il a voulu que tous les siens fussent rassemblés autour de son lit pour unir leurs prières aux siennes. Heureux ceux pour qui le Dieu du berceau est le Dieu de la tombe ! Heureux ceux qui, comme lui, n'attendent pas la dernière heure pour « distinguer au delà de la nuit qui les enveloppe, la rose rouge de l'amour divin ! »

L. Babonneix.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE

Par E.-A. DARIAU

Les métastases osseuses dans le cancer du sein, par Duguing

In *Toulouse Médical*, juillet 1939.

Les métastases osseuses dans le cancer du sein sont plus fréquentes qu'on ne le pense. Leur date d'apparition est excessivement variable. C'est parfois le premier symptôme du cancer, leur constatation amenant le clinicien à rechercher dans les mamelles la lésion initiale. Mais le plus souvent, c'est après l'opération, quelques mois plus tard que certains signes cliniques ou un examen radiographique fortuit font faire le diagnostic. Parfois, ces métastases apparaissent sans qu'aucune récidive locale ne se manifeste. Leur fréquence n'est nullement en rapport avec la gravité du néoplasme responsable et c'est souvent à la suite d'un squirrhe qu'on les observe.

Les régions les plus souvent touchées sont les vertèbres, le crâne, le maxillaire, le sternum, les côtes, le fémur et l'humérus.

La fracture spontanée est parfois le premier signe. Elle ne se répare qu'exceptionnellement. Elle est peu douloureuse, davantage cependant que la fracture d'origine tabétique.

Au fémur, elle est transcervicale, trochantérienne, ou sous-trochantérienne. A l'humérus, elle atteint le col chirurgical. A la colonne vertébrale, elle est cliniquement « pseudo-pottique ».

Les douleurs, diurnes et nocturnes, sont tantôt localisées à telle ou telle zone de la colonne, tantôt irradiée, fulgurantes, pongitives et térébrantes. La raideur vertébrale existe toujours, moins accusée que dans le mal de Pott. Cependant, invariablement le malade la « rapporte » au squelette.

La douleur, suivant les localisations, prend le type scapulo-huméral, pelvi-trochantérien, médullo-funiculaire.

L'évolution est fatale et se fait sans arrêt pour aboutir à la fracture spontanée et à la généralisation cancéreuse. On note des escarres talonnières ou fessières, de l'infection urinaire et des signes de compression médullaire.

Du point de vue anatomo-pathologique, les métastases se présentent sous 3 types : ostéo-constructeurs,
ostéo-destructeurs,
et mixtes.

Des modifications peuvent accompagner l'évolution de ces métastases. Parfois il y a un déficit global des éléments figurés rouges et blancs ainsi que des plaquettes; le temps exagération de l'hématopoïèse, augmentation des globules erytroblastes, myélocytes, cellules de Turk. Enfin, exceptionnellement, apparaît un syndrome « d'anémie myélogénétique » caractérisé par une anémie hyperchrome, présence de nombreux érythroblastes, altérations globulaires et hyperleucocytose.

L'envahissement se fait de proche en proche, par voie sanguine, mais surtout par voie lymphatique.

La thérapeutique des métastases osseuses du cancer du sein est essentiellement décevante. Il y a quelques années, elle se bornait à l'usage progressif de la morphine.

Actuellement, avec Leriche on tend à ramener la calcémie à son taux normal dans le but de limiter les phénomènes douloureux. L'application d'un appareil plâtré immobilisateur rendra souvent service.

La radiothérapie à petites doses et en application locales donnera quelques résultats momentanés.

Le traitement des fractures fermées dans la diaphyse fémorale chez l'adulte, par J. Sénèque. In *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1er juillet 1939.

Jusqu'à ces trente dernières années, le traitement des fractures fermées de la diaphyse fémorale se réduisait à l'utilisation des appareils à extension continue de Hennequin et de Tillaux. Le résultat était souvent très bon, mais si le déplacement des fragments était important, il en résultait une consolidation latérale de ces fragments avec déformation et raccourcissement du membre blessé.

Ces méthodes à peu près uniques à cette époque ont conservé certaines de leurs indications, mais d'autres procédés sont venus s'ajouter à elles. L'auteur se propose de les juger les unes et les autres dans leurs résultats et d'en fixer les indications respectives.

Ces nouveaux procédés qui ont modifié à un si haut degré le pronostic de ces fractures sont les suivants :

La broche de Steinmann,
Les broches de Kirschner,
L'ostéosynthèse.

Le choix n'est pas toujours facile. En dehors des lésions anatomo-pathologiques il faut tenir compte de l'âge du sujet et de ses tares possibles. L'idéal est de découvrir pour chacun des cas la thérapeutique « optima ».

Anatomie pathologique :

Le trait de fracture est transversal, spiroïde, longitudinal ou oblique. Les deux premiers types sont les plus fréquents. Les fractures spiroïdes présentent souvent 3 ou 4 fragments avec des écarts considérables créant de grandes difficultés thérapeutiques.

A. — *Extension continue sur les parties molles :*

L'appareil de Hennequin exerce sa traction en abduction; celui de Tillaux « tire » dans l'axe du membre. Le premier convient aux lésions de l'extrémité supérieure du fémur, le second s'adapte mieux aux fractures basses. On se rappelle que la traction dans l'appareil de Hennequin s'effectue au moyen d'un lacs passant sous le genou auquel est fixée une corde supportant les poids. Dans le dispositif de Tillaux la traction a lieu par l'intermédiaire de bandelettes de leucoplaste collées sur la peau et aboutissant à un étrier extenseur placé sous le talon.

L'avantage de ces appareils est dans la facilité de leur pose et leur simplicité. Malheureusement, ils ne sauraient permettre une forte traction en raison de la compression possible du paquet vasculo nerveux pour l'appareil de Hennequin, et le décollement des bandes adhésives pour l'appareil de Tillaux.

Là où il y a de forts déplacements fragmentaires cette méthode est donc à rejeter. Ces appareils ne permettent guère qu'une traction de 6 à 8 kilogs. Si donc, le contrôle radiographique établi au lit du malade, ne montre pas une réduction satisfaisante, il faut recourir à un autre procédé.

B. — *Extension transosseuse :*

Une broche d'acier dite de Steinmann traverse les condyles fémoraux et permet d'exercer une traction de 15 à 20 kilos suffisante pour réduire des chevauchements importants. Cette broche présente un inconvénient sérieux du fait de son diamètre de 3 à 5 millimètres. On a noté des ostéites, des infections localisées, voire des arthrites du genou. Ces complications expliquent pourquoi, après une période d'engouement, le procédé fut abandonné. L'étrier de Patel et Cunéo réalisa une fixation latérale sans transfixion osseuse et marquait un progrès.

Pourtant, broche de Steinmann et étrier sont délaissés depuis que Kischner a eu l'idée de remplacer la broche rigide et volumineuse de Steinmann par une broche très fine que l'os tolère parfaitement. La traction possible est alors de 10 à 15 kilos. Cette broche si mince traverse l'os après une anesthésie cutanée, grâce à l'emploi d'un conducteur et d'une vis à tension.

Il y a des cas où cette méthode n'est pas applicable : s'il existe un volumineux hématome, une hémarthrose du genou, des lésions cutanées septiques. L'extension ne peut alors prendre point d'appui que sur la portion supérieure du tibia; mais, dans ces conditions la traction s'effectue sur les ligaments articulaires et il devient nécessaire d'employer des poids plus lourds.

Quoiqu'il en soit, cette technique marque un grand progrès. Dans les cas d'interposition musculaire cependant, toute réduction est impossible et la pseudarthrose apparaît comme fatale.

C. — *L'ostéosynthèse :*

Elle vit surtout des échecs des méthodes précédentes.

L'auteur ne considère que l'ostéosynthèse fermée et fait remarquer que l'application de fixateurs externes réalise une opération « ouverte » avec tous les risques d'infection et d'ostéite qu'on imagine.

C'est une intervention sérieuse comportant des aléas, et qui, par suite, exige de la part du chirurgien un certain entraînement et une asepsie parfaite. Aux hématomes, à l'infection, au shock qui peut aller jusqu'à la mort, s'ajoute la possibilté du déplacement du matériel de synthèse.

L'auteur donne d'utiles conseils sur la technique. Il insiste sur la nécessité d'employer l'incision antérieure préconisée par Duval (du Havre), incision qui passe en dehors du droit antérieur, permet la séparation du vaste externe et du crural et amène sur la diaphyse, sans parfois qu'un seul vaisseau ait été lésé.

Cette variété d'incision évite l'hématome et du même coup l'infection. La réduction est aisée si l'on se sert du tracteur de Lambotte. Le déplacement du matériel de prothèse sera évité par l'utilisation après ostéosynthèse de l'extension continue à la broche de Kirschner. Les raideurs articulaires du genou seront prévenues ou traitées par le massage du quadriceps, la mobilisation et la mécanothérapie.

C. A. F. — Etat actuel du traitement des fractures du col du fémur, In *Gazette Médicale de France et des pays de langue française*, juillet 1939, n° 13. Merle d'Aubigné.

Le kyste hydatique du corps thyroïde, par J. Kreyssel et J. Hutinel. In *Le Sud Médical et Chirurgical*, juin 1939.

Parmi les lésions inflammatoires qu'on observe au niveau du corps thyroïde, le kyste hydatique est certainement la plus rare. Les auteurs en ont observé un cas récidivé cinq ans après l'opération.

Mme F..., 47 ans, présente depuis l'âge de 3 ans une petite tumeur de la région thyroïdienne médiane du volume d'un œuf de pigeon. Cette grosseur n'a pas varié d'aspect jusqu'à la puberté. Elle n'a pas été modifiée par les premières périodes menstruelles. C'est seulement autour de la quarantaine que son développement rapide a amené la malade à consulter un chirurgien qui a procédé à l'exérèse.

L'examen histologique montre : 1° des vestiges du corps thyroïde : éléments glandulaires modifiés avec plaques hémorragiques parfois nécrosées; 2° des membranes anhistes constituant la paroi du kyste et présentant les caractères habituels du kyste hydatique.

La guérison s'est maintenue jusqu'en 1937. Mais à ce moment la tumeur réapparait et atteint rapidement le volume d'une orange. Aucun trouble fonctionnel; pas de modifications de la voix ; à peine quelques crises pseudo-asthmatiques, quelques céphalées locales peu accusées. Jamais de dyspnée.

La tumeur adhère au larynx et à la trachée; elle en suit les mouvements au cours de la déglutition. Régulièrement arrondie, de consistance kystique la masse est mate à la percussion. Pas d'adénopathie. L'examen somatique est négatif. Légère augmentation du volume de l'utérus. La réaction de Casoni n'a pas été faite.

Le 24 août 1938, intervention sous anesthésie locale. Les parois de la poche sont minces ; il n'y a pas de plan de clivage. On pratique une thyroïdectomie sub-totale bilatérale avec hémostase par couronne de pinces.

Au ras de la trachée, la dissection est particulièrement laborieuse et la poche se rompt laissant sourdre un liquide blanchâtre contenant des vésicules. En dépit de ces difficultés, l'exérèse est pratiquée de façon satisfaisante. Lavage à l'éther, hémostase soignée. Drainage. L'examen histologique est comparable au premier.

Après un rapide résumé de l'historique de la question, les auteurs insistent sur l'étude des lésions.

Le plus souvent, la localisation est purement thyroïdienne. Trois cas seulement relatent des localisations viscérales concomittantes. Il y a là un grand intérêt du point de vue pronostique et thérapeutique.

Quand le kyste est simplement thyroïdien, les deux lobes latéraux peuvent être atteints ; parfois, la tumeur est localisée au lobe médian. Les connexions avec les organes thyroïdiens ont une importance capitale. La difficulté opératoire est plus grande quand il s'agit d'un cas récidivé. La rupture de la poche est alors de règle et explique la réapparition de la lésion.

Le diagnostic de l'origine parasitaire n'est pas souvent posé, car la lésion se présente comme un goître kystique banal. A ce sujet, pourtant, quelques particularités d'observation courante sont à signaler : début dans le jeune âge, absence de variation dans le volume lors de la puberté et des menstrues, poussées d'urticaire par rupture sous-cutanée de la poche.

Ce travail se termine par l'exposé des complications possibles : mort subite après rupture ou en dehors de la rupture, par accès dyspnéique; généralisation; suppuration; fistulisation à la peau.

Causalgie du médian. — Stellectomie. Guérison, par MM. Jeanneney et Soubiran. In *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 52, déc. 1938.

Qui dit « causalgie » dit algie du sympathique ». La suppression chirurgicale de la voie sympathique, doit entraîner la disparition de la douleur. D'où l'idée de pratiquer l'exérèse du ganglion stellaire dans les cas particulièrement sévères de causalgie du médian.

C'est là, en vérité, une opération mutilante et définitive à laquelle on ne peut se résoudre qu'après avoir infiltré à la novocaïne le ganglion lui-même.

Si cette manœuvre amène une sédation des phénomènes douloureux, la stellectomie apparaît légitime. Le résultat opératoire confirme la valeur des travaux d'André Thomas, Tinel, Soucques et Sicard.

Voici l'observation que publient les auteurs :

B... Jules, engagé volontaire dans la brigade internationale est blessé le 27 mars 1938 à Gaspe (Aragon) par un éclat d'obus qui ayant pénétré par l'aisselle droite est sorti dans la région scapulaire au-dessous du tiers externe de l'épine de l'omoplate..

Pansement simple sur la plaie, plâtrage immobilisateur de l'articulation scapulo-humérale. Trois jours plus tard, ablation du plâtre et pose d'un appareil à abduction type Pouliquen. Le malade souffre de plus en plus et compare ses douleurs à des brûlures très vives siégeant surtout à la paume de la main et à la face palmaire des doigts. Parfois, décharges électriques au moindre frôlement. Les phénomènes douloureux s'exagèrent quand on exerce une légère pression sur la face antérieure de l'avant-bras et la face interne du bras; ils se calment un peu le soir et permettent un repos relatif la nuit. A la main, troubles trophiques importants : peau sèche et fendillée, pelée, ongles jaunâtres, recourbés vers la paume. Atrophie des muscles théraniens.

L'examen de la sensibilité superficielle montre que celle-ci est conservée sur tout le territoire du brachial cutané interne et de son accessoire, que le territoire du médian et une partie du territoire du cubital présentent à l'exploration des crises douloureuses intolérables, enfin, que la sensibilité est abolie sur le territoire de tous les autres nerfs sensitifs. Le B. W. est négatif et l'urée sanguine voisine de O g 4 O.

A trois reprises on infiltre le ganglion étoilé par voie antérieure suivant la technique de Leriche. Un soulagement manifeste s'en suit pendant 12 à 24 heures. Une stellectomie est pratiquée le 25 mai 1938 à travers les deux chefs du sterno-mastoïdien. Syndrome de Claude Bernard-Horner immédiat. Au réveil le malade est guéri. Le syndrome de Claude Bernard-Horner regresse peu à peu.

L'anesthésie cœliaque par voie postérieure. Sa technique et ses applications, par R. Liotier. In *Le Sud Médical et Chirurgical*, juin 1939.

La méthode d'infiltration des régions splanchniques par voie postérieure a été imaginée et appliquée presque en même temps par Marc Roussiel et Kappis (1917-1918), puis acclimatée en France par Pauchet, Labat, Billet, Laborde.

Elle fut mal acceptée. On lui avait demandé ce qu'elle ne pouvait pas donner, et conséquemment on lui refusa ultérieurement toute qualité.

L'auteur veut réhabiliter cette méthode dont la technique est simple, dont les applications sont multiples et les résultats satisfaisants.

Une erreur d'abord est à corriger. Il ne s'agit pas d'une infiltration des splanchniques, mais plutôt d'une inhibition par une solution anesthésique de la loge celluleuse de Luschka. Le liquide ne baigne pas les seuls nerfs splanchniques, mais encore le ganglion semi-lunaire, le plexus solaire, les filets sympathiques du tronc cœliaque, de l'artère mésentérique inférieure, des artères rénales, et enfin la chaîne lombaire et les rami-communicantes.

En raison de la multiplicité des éléments nerveux influencés par le liquide anesthésiant, les résultats physiologiques demeurent d'interprétation difficile et parfois contradictoire.

Cependant « grosso-modo », l'anesthésie cœliaque modifie favorablement les troubles sensitifs, moteurs, vasculaires et secrétoires. L'auteur étudie en détails les manifestations cliniques qui traduisent ces modifications.

A. — *Phénomènes douloureux :*

L'infiltration se montre efficace dans toutes les douleurs de l'étage supérieur de l'abdomen : tabes, cœlialgies, coliques saturnines; dans toutes les douleurs du tractus intestinal quelque soit leur siège. Elle est active encore dans les affections pancréatiqes, vésiculaires, hépatiques, rénales et urétérales. Enfin, son action n'est pas douteuse dans les manifestations vasculaires du type « angor abdominalis ».

B. — *Phénomènes spasmodiques :*

L'infiltration agit sur les régurgitations, les lenteurs d'évacuation de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, des voies biliaires calculeuses et de l'uretère.

C. — *Troubles tensionnels :*

L'anesthésie cœliaque réalise essentiellement le blocage du plexus surrénal. Elle sera donc utilisable dans l'hypertension essentielle et paroxystique.

D. — *Troubles de la glyco-régulation :*

Si complexe que soit le problème, il est certain que l'anesthésie cœliaque entraîne une amélioration du métabolisme des hydrates de carbone. Glycosurie et glycémie s'abaissent. La glycémie diminue même chez les sujets non diabétiques. Dans tous les cas l'action insulinique est toujours renforcée.

E. — *Troubles de la secrétion rénale :*

Tout ce qui entretient une hyperréflectivité sympathique du rein pourra céder à cette méthode. On note une augmentation de la diurèse et une élimination plus marquée des chlorures et de l'urée. Au total, le procédé est comparable à une sympathectomie du rein, à une décapsulation ou à une énervation de ce viscère.

Technique

On utilise une aiguille de 9 à 10 dixièmes de millimètre de diamètre et présentant une longueur de 12 centimètres, amorcée d'un mandrin telle une aiguille à ponction rachidienne, montée sur une seringue de 20 à 25 centicubes et remplie d'une solution de syncaïne à 1 %.

L'injection est poussée à 3 centimètres de la ligne des apophyses épineuses et au ras du bord inférieur de la 12e côte, l'aiguille dirigée de dehors en dedans et de bas en haut.

Les mêmes tâtonnements existent que lors d'une ponction lombaire.

On les corrige de la même façon.

L'injection est toujours bien tolérée. Pourtant, une baisse brutale de la tension étant de règle, on doit la prévenir en donnant au sujet un quelconque tonicardiaque.

Indications et résultats

1. — *Anesthésie opératoire :*

La méthode n'a été que très rarement utilisée en chirurgie gastrique et il est difficile de la juger. En chirurgie rénale, les indications en sont restreintes en raison de l'état généralement précaire des opérés. Mais cette méthode est très indiquée dans tous les cas où l'acte opératoire touche la région surrénalienne.

2. — *Anesthésie diagnostique :*

Certains problèmes cliniques sont souvent fort difficiles à résoudre, et pourtant le temps presse : ileus dynamique? occlusion mécanique ? syndrome péritonéal ou cœlialgie fonctionnelle?

Maintes fois dans ces circonstances la méthode a rendu service en faisant cesser le syndrome réflexe occlusif et évitant ainsi une intervention déjà projetée.

3. — *Indications thérapeutiques :*

On a signalé la disparition rapide de coliques hépatiques et néphrétiques; une fois, la disparition de la douleur fut suivie de la défervescence d'un ictère fébrile; une autre fois le péristaltisme urétéral fut rétabli et entraîna la chute dans la vessie du calcul responsable.

Moins indiquée dans les crises gastriques tabétiques, cet excellent procédé reprend toute sa valeur dans les coliques de plomb et l'hypertension paraxystique. Dans le diabète, elle permet la lutte contre l'insulnio-résistance et protège le malade lors des suites opératoires contre les réflexes hyperglycémiants qu'entraîne le traumatisme chirurgical.

C. A. F. — Les algies des moignons d'amputation et leur traitement par la vitamine B_1 synthétique. In *Gazette Médicale de France et des pays de langue française*, juillet 1939, n° 13. A. Slosberg.

C. A. F. — Nouveau traitement des annexites par blocage anesthésiques, par C. Daniel et D. Mavrodin. In *Gynécologie et Obstetrica*, Bucarest, novembre-décembre 1938.

Sur le Mégacolon Congénital, par P. Granjon. In *Marseille Médical*, 15 mai 1939.

L'auteur considère ce syndrome comme beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense. C'est une affection grave en raison des complications locales auxquelles elle expose, mais aussi à cause du retentissement qu'elle exerce sur l'état général.

Une place essentielle dans la pathogénie de cette malformation revient au système sympathique qui agit dans le sens hypersympathicotonique comme le prouvent les résultants intéressants qu'ont obtenu certains chirurgiens en réséquant le sympathique abdominal.

Le traitement médical est toujours indiqué dans les cas légers. De plus, il doit être appliqué avant et après l'intervention. Pourtant, il ne peut être poursuivi indéfiniment, car il créé des lésions scléro-inflammatoires susceptibles de vicier pour toujours le péristaltisme.

L'acte chirurgical consistera dans l'extirpation en plusieurs temps du segment intestinal anormalement dilaté. D'autres fois la sympathectomie pratiquée à différents étages du sympathique abdomino-pelvien sera nettement indiquée. Enfin, l'infiltration novo-cocaïnique des splanchniques pratiquée à plusieurs reprises pourra donner d'excellents résultats.

Le jeune âge de l'enfant n'est jamais une contre-indication. Les résultats sont meilleurs entre deux et trois ans que vers la dixième année car les lésions pariétales sont souvent à ce moment déjà définitives.

Perforation en péritoine libre du sigmoïde au-dessus d'un cancer rectal après colostomie, par MM. Papin et Laumonier. (Communication à la Société anatomo-clinique de Bordeaux), 24 avril 1939.

Un malade de 65 ans atteint d'un néoplasme du rectum dont l'exérèse paraît possible, subit d'abord une dérivation par anus artificiel à éperon.

Dix-huit jours après l'intervention, alors qu'on se propose de pratiquer une amputation abdomino-périnéale du segment intestinal cancéreux, un lavement est donné sous faible pression. Rapidement s'installe un syndrôme de perforation qui oblige à intervenir.

Au-dessous d'un sigmoïde bourré de matières, et au-dessus du néoplasme apparaît une perforation de l'intestin large comme cinquante centimes.

Fermeture par ligature au catgut de cette perforation; drainage au Mickulicz. Guérison.

Le traitement des rétrécissements du rectum, par M. Chérigré. In *La Médecine*, n° 8, juin 1939.

L'auteur laisse délibérément de côté, les rétrécissements cicatriciels, du reste exceptionnels, pour ne considérer que les rétrécissements inflammatoires. Il rappelle que l'étiologie de ces derniers fut longtemps pleine d'obscurité : la blennorragie, la dysenterie, la tuberculose, et surtout la syphilis étaient incriminées. Actuellement, ces rétrécissements sont considérés comme une manifestation de la lymphogranulomatose, et le diagnostic s'en établit par la réaction de Frei.

On note toujours une période de rectite aiguë aboutissant à la sténose après quelques mois. La rectoscopie et l'examen radiologique sont indispensables pour montrer l'étendue des lésions. Non traitée, l'affection évolue rapidement vers l'occlusion, la cachexie, les abcès, fistules et phlegmons périrectaux.

Cependant, l'évolution peut être retardée et des améliorations importantes et durables peuvent être obtenues. Trois techniques sont à considérer :

A. — Traitement médical : désinfection locale par le bleu de méthylène, le protargol, la gonacrine; administration de sels d'antimoine, de solutions iodées et de salicylate de soude.

B. — Traitement électro-thérapique : diathermie. Deux électrodes indifférentes sont placées l'une sur l'abdomen, l'autre sur les lombes; une électrode active est constituée par une bougie de Hégar dont le calibre est en rapport avec le rétrécissement. On augmente le calibre des bougies quand la sténose se montre moins serrée.

C. — Traitement chirurgical : Il a été condamné au Congrès de chirurgie de 1935, car les récidives apparaissent dans un délai de 18 mois à 2 ans; c'est un pis-aller. Cependant, l'établissement d'un anus iliaque, dans les formes particulièrement graves est à conseiller.

Au total, la guérison n'est possible qu'au début de l'affection avant la période de sténose. Quand le rétrécissement est constitué, c'est à la dilatation diathermique périodique qu'il faut demander une amélioration qui, parfois, sera très marquée.

Quelques observations de sténose hypertrophique du pylore du nouveau-né, par M. Leflaive, de la Rochelle. In *L'actualité Médico-Chirurgicale*, décembre 1938, n° 9.

L'auteur rappelle qu'en janvier 1934, il a publié une revue d'ensemble sur cette intéressante question.

Il y revient actuellement à l'occasion de quelques observations nouvelles qui l'amènent aux conclusions suivantes :

I. — La sténose hypertrophique du pylore du nouveau-né est plus fréquente qu'on ne l'enseigne. En quelques années l'auteur en a rencontré cinq cas.

II. — Le sexe féminin n'est atteint qu'une fois sur six.

III. — L'examen radiologique est d'une importance capitale; pour avoir toute sa valeur il doit être renouvelé 4 heures après l'ingestion de la bouillie opaque.

IV. — Il est classique d'affirmer qu'à travers la paroi, la

tumeur pylorique est toujours perceptible à la palpation. Or, l'auteur n'a jamais constaté le fait.

V. — Le diagnostic est relativement facile. L'essentiel est vraiment d'y penser.

VI. — Le traitement chirurgical est nécessaire et efficace. Dans cinq cas, le diagnostic fut posé cinq fois. Quatre malades ont été opérés et ont guéri. Un seul enfant non opéré a succombé.

Lipomes du Cœcum, par Robert Didier. In *Archives des Maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*. N° 10, décembre 1938.

L'auteur pense que les tumeurs bénignes ne sont pas rares au niveau de la muqueuse du cœcum. Les hasards de la clinique lui en ont fait récemment rencontré un cas qu'il communique et qu'il rapproche d'un autre cas de Besset.

Les deux tumeurs étaient identiques, mais tandis que celle observée par l'auteur n'avait engendré aucun trouble et n'avait été qu'une découverte fortuite au cours d'une laparatomie, celle relatée par Besset avait été à l'origine d'une invagination.

Dans l'ensemble les signes cliniques ne permettent pas le diagnostic. Ils se résument en des manifestations fonctionnelles et seule la radiographie pourrait exceptionnellement orienter ce diagnostic.

Il s'agit de troubles vagues : coliques douloureuses, vomissements, digestions imparfaites, amaigrissement. Les tumeurs en question sont des polypes fibreux, des fibromyxomes ou plus rarement des lipomes.

Voici le résumé des deux observations :

A. — Mme L. H., 37 ans, vient consulter l'auteur pour des troubles dus à un volumineux fibrome utérin. Elle aurait eu antérieurement « une colique appendiculaire ». Elle demande qu'on la débarrasse du fibrome et de son appendice.

La présence du fibrome est indiscutable; mais il n'y a pas de défense pariétale, ni de zone douloureuse dans la fosse iliaque droite. Le cœcum est dilaté, légèrement sensible. L'examen radiologique n'a pas été fait.

Laparatomie médiane sous-ombilicale; hystérectomie sub-totale. L'exploration de la région cœcale montre un organe hypertrophié rouge, cartonné, vasculaire, à parois épaisses.

Attiré vers la ligne médiane, ce cœcum apparaît comme rempli par une masse volumineuse arrondie et dure roulant sous la main. Incision du cœcum. Une tumeur ovoïde, pédiculée, implantée un peu au-dessus de l'abouchement de l'iléon se montre aussitôt. Elle est uniformément rouge avec quelques points nettement sphacéliques. Section de la tumeur à sa base, enfouissement de la cicatrice.. Suture du cœcum en 3 plans. Appendicectomie. Fermeture pariétale avec drainage de sécurité.

L'examen histologique confié à Oberling se résume comme suit : masse graisseuse attenant à la paroi intestinale; infiltration phlegmoneuse avec suffusions sanguines. Cette masse graisseuse est recouverte d'une muqueuse partiellement sphacélée : lipome sous-muqueux avec lésions inflammatoires.

B. — Mme B..., 43 ans, a eu des douleurs abdominales il y a 8 ans, sans localisation, mais avec recrudescence à la fin des règles. Opérée en 1932 : laparatomie médiane et désinvagination d'une tumeur grosse comme une orange paraissant intra-cœcale. La terminaison de l'iléon gagne le milieu du côlon transverse. Le cœcum n'est pas incisé; on ne pratique aucune fixation de l'intestin. Suites opératoires normales.

Cinq ans plus tard les mêmes douleurs réapparaissent. Une tumeur très mobile est perçue tantôt dans l'épigastre et tantôt dans l'hypocondre droit.

L'examen sous les rayons montre un temps d'arrêt au niveau du cœcum dans la progression de la bouillie opaque. Au bout d'un moment le remplissage se poursuit et la valvule iléo-cœcale est forcée.

Intervention : Laparatomie sus et sous-ombilicale. Libération des adhérences. La tête de l'invagination se trouve dans la portion gauche du côlon transverse. Par simple pression on obtient la désinvagination, mais à ce moment on perçoit dans la lumière du cœcum une masse volumineuse.

Incision du cœcum, extériorisation de la tumeur largement sphacélée. Résection en zone saine et surjet d'hémostase. Cœcopexie. Fermeture pariétale.

L'examen histologique montre l'image d'un lipome avec zones inflammatoires marquées. Pas de sphacèle sur le fragment prélevé.

L'auteur pense qu'une semblable tumeur se développe primitivement au niveau de la musculeuse intestinale, qu'elle soulève la muqueuse et vient ainsi bomber dans la cavité de l'intestin. En continuant à progresser, elle se pédiculise; mais la muqueuse qui la recouvre ne pouvant suivre sa progression, finit par se sphacéler. C'est à ce moment, qu'apparaissent les accidents.

Bien que bénignes histologiquement, ces tumeurs doivent être extirpées dès le diagnostic posé. Elles sont toujours dangereuses en raison des complications septiques et mécaniques auxquelles elles exposent.

Un cas de hernie lombaire, par MM. E. Chauvin et P. Guidoni. In *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, n° 9, novembre 1938.

Il s'agit d'un prostatique plusieurs fois sondé présentant 0 gr. 65 d'urée dans le sang. Lors d'une miction particulièrement pénible, le sujet éprouve une violente douleur dans la région lombaire gauche. Cette douleur apparaît régulièrement à chaque fois que le malade urine dans la suite. Les auteurs attribuent ce phénomène au reflux du courant urinaire de la vessie dans l'uretère.

Mais voici que l'examen clinique révèle au niveau du triangle de J. L. Petit, la présence d'une petite tumeur grosse comme une noix, réductible et douloureuse, impulsive à la toux. Il n'y a pas de température, et l'on pose le diagnostic de hernie.

Intervention sous anesthésie générale à l'éther. Incision classique de lombotomie. On récline le grand dorsal et le grand oblique. La masse herniée est un lipome pédiculé dont le pédicule s'insinue dans un orifice large comme 1 franc et creusé aux dépens de l'aponévrose du transverse. Ligature du pédicule vide de tout organe. Réintégration sous l'aponévrose par un point à la Barker. Trois autres points obturent l'orifice herniaire. Les muscles rapprochés transversalement donnent un plan faible et mou. Fermeture cutanée sous drainage. Suites normales.

Les auteurs rappellent la rareté relative de telles hernies qui sont toujours susceptibles d'étranglement. Ce sont le plus souvent des hernies acquises lors d'un effort. Il n'existe pas de technique opératoire spéciale et il convient de s'inspirer de l'anatomie de la région.

Hernie crurale pré-vasculaire, par MM. J. Dor et Grisoli In *Le Sud Médical et Chirurgical*, juin 1939.

Les auteurs publient les observations de deux malades atteints de cette variété rare de hernie, et tirent de ces observations des conclusions pratiques intéressantes.

A. — Une femme de 55 ans, d'état général médiocre, opérée d'un goître banal en 1910 présente deux hernies crurales, l'une remontant à 5 ans, l'autre à 6 ans. La hernie gauche est du volume d'un poing, la droite du volume d'une mandarine. Elles sont allongées, parallèlement à l'arcade crurale et centrées sur son milieu. Elles n'ont jamais présenté le moindre signe d'étranglement, mais, à distance, la malade souffre de dilatations veineuses et d'œdème au niveau des membres inférieurs avec sensations désagréables de fourmillements et de crampes.

Opération : — anesthésie locale — A droite, une incision transversale permet la découverte et l'isolement d'un gros sac irrégulier que sillonnent des veines volumineuses. Elles sont ligaturées à deux niveaux. Ouverture du sac, libération du contenu qui est tout epiploon. Ligature et réduction du moignon. On se rend compte alors que l'orifice herniaire est essentiellement prévasculaire; les veines qu'on a dû lier

sont des affluents de la fémorale. Fermeture de l'anneau en chargeant l'arcade immédiatement au-devant de l'artère et en réclinant fortement la veine.

A gauche, on fait les mêmes constatations opératoires et on utilise une technique identique.

Dans les deux cas, les suites sont normales et la disparition des troubles fonctionnels s'observe au bout de quelques jours. L'examen oscillométrique est identique à droite et à gauche.

B. — Un homme de 38 ans, maçon de son métier, a fait, il y a 18 mois une chute du haut d'un échaffaudage à la suite de quoi est apparue une hernie à droite. A noter, dans son passé une histoire d'ulcus gastrique traité médicalement et dont il ne souffre plus. Blennorragie, chancre spécifique, hydrocèle à gauche, adénopathie inguinale bilatérale.

La masse herniaire est du volume d'un gros œuf, nettement crurale. Elle se réduit spontanément, mais après réduction on sent que le sac est particulièrement épais. La paroi est solide; le sujet est du reste très musclé.

Il n'y a jamais eu d'étranglement, mais le malade se plaint d'étranges douleurs au niveau du creux poplité, de fourmillements et de phénomènes paresthésiques dans tout le membre inférieur.

Opération. — Anesthésie locale, incision parallèle à l'arcade. Le sac apparaît volumineux, hémisphérique, enlacé d'un réseau de grosses veines. Elles sont réséquées après doubles ligatures. Ces veines fixent le sac à la fémorale qui lui est sous-jacente.

La libération du sac est laborieuse, mais poursuivie cependant assez haut sous l'arcade. L'anneau large admet facilement 2 doigts. On l'obture à l'aide d'un fort catgut en amarrant l'arcade très en dehors, au-devant de l'interstice séparant la veine et l'artère.

Les suites sont normales. Pas de signe de compression vasculaire. Oscillométrie parfaite. Disparition rapide des crampes et fourmillements.

De cette double observation certaines considérations découlent. Il est classique de signaler dans les antécédents des sujets porteurs de telles hernies, l'existence d'une luxation congénitale de la hanche, d'une coxalgie ou d'un état déficient avec hypotrophie musculaire. Aucune séquelle de ce genre n'est signalée chez ces deux malades.

Par contre les auteurs attachent une importance capitale dans l'étiologie de la hernie prévasculaire à la présence de l'adénopathie inguinale volumineuse constatable chez leurs opérés.

Les troubles fonctionnels niés par quelques chirurgiens étaient ici très accusés.

Cet intéressant travail se termine par des considérations d'ordre anatomique : dimensions anormales du sac, son étalement en largeur, l'absence de tout pédicule.

Syndrome toxique et néphrite chez 9 grands brûlés traités par badigeonnages immédiats et larges au mercurochrome. Communication à la Société de Chirurgie de Marseille, par MM. Arnaud, Bouillon et Rocheblaise, 14-11-38.

A la suite d'un incendie survenu dans une huilerie de Marseille, les auteurs ont eu à traiter 9 grands brûlés dont les lésions apprécient comme il suit :

1 brûlé sur 55 % du corps
2 » » 43 % » »
1 » » 40 % » »
1 » » 37 % » »
1 » » 30 % » »
1 » » 22 % » »
1 » » 16 % » »
1 » » 14 % » »

Six sont morts rapidement. Les trois autres sont guéris ou convalescents.

L'accident remonte au 3 octobre 1938. Tous ont été traités aussitôt par un large badigeonnage au mercurochrome (Solution aqueuse à 1 % qui n'a pas été renouvelé).

Après ce badigeonnage, les blessés furent couchés dans des draps stériles et chacun d'eux reçut 1 litre 1/2 de sérum physiologique sous la peau, 2 litres de sérum glycosé en goutte à goutte rectal et du scillarène. Au total, le traitement fut identique chez ces 9 brûlés.

Tous présentèrent en quelques heures une importante diminution de l'excrétion urinaire allant de l'anurie totale à l'oligurie très marquée. Huit heures après le pansement, tous étaient albuminuriques, deux présentaient des urines sanglantes.

La rapidité de l'apparition de cette néphrite amène les auteurs à penser que le mercurochrome a joué dans ces circonstances un rôle toxique considérable s'ajoutant à celui des brûlures. Ils concluent que l'utilisation du mercurochrome est dangereuse quand il s'agit de traiter des brûlures étendues.

Il se produit une décongestion locale avec leucopédèse importante; mais les premières applications s'accompagnent d'une augmentation des douleurs et des écoulements.

La radiothérapie est inefficace.

La mort des brûlés, par L. Christophe. Chez *Masson*, 1939.

La fréquence de la mort par brûlure reste considérable en dépit des progrès récents de la thérapeutique.

La mortalité précoce dépasse nos moyens actuels. La mortalité retardée est encore très élevée; nous assistons impuissants à l'agonie de nos brûlés, dans l'ignorance où nous sommes de ce qui « les tue ».

Barns, dans une excellente étude clinique (In *Archives of Surgery*, 27, n° 3, page 527) nous livre la statistique suivante :

Sur 205 cas de brûlures observées de 1920 à 1932, quarante morts ont été déplorées : 19,5 %, ainsi réparties :

27 morts (67,5 % de shock primitif dans les 24 premières heures).

13 morts (32,5 % de shock secondaire entre une et trois semaines).

De l'analyse de cette statistique, l'auteur pense pouvoir dégager des éclaircissements sur la cause du décès et, par suite, préparer pour l'avenir une thérapeutique meilleure.

A. — *Mort précoce des brûlés :*

On l'a expliquée par la perte des fonctions de la peau brûlée, par des altérations de l'appareil circulatoire, par le shock survenu et l'intoxication aiguë.

L'auteur passe en revue ces différentes théories et les juge à la lumière des faits cliniques.

B. — *Mort tardive des brûlés :*

Ce sont ces cas qui nous intéressent aujourd'hui, car il est aisé d'imaginer que la survie du blessé laisse au chirurgien la possibilité d'essais thérapeutiques multiples.

Or, présentement, deux théories s'affrontent nettement :

A. — La mort serait la conséquence de la résorption d'une toxine née aux dépens des tissus altérés. — Mais nous ignorons quelle est cette toxine, et parmi toutes les toxines imaginées, aucune après expériences faites n'a pu être acceptée comme réellement responsable.

B. — La mort a été attribuée, par Underhill en particulier à la perte, au niveau des téguments brûlés d'une quantité considérable de plasma sanguin.

L'auteur relate de nombreux travaux portant sur le plasma et dont tous les éléments ont été dosés. De cette éude très consciencieuse, il conclut que le sang circulant d'un animal fortement brûlé contient au cours des premières heures un principe toxique qui se fixe électivement sur l'encéphale. Le résultat de cette fixation est l'apparition de lésions rapides définitives viciant le métabolisme sanguin de l'animal, entraînant une néphrite hypochlorémique, hyperazotémique et aboutissant à la mort.

Une cause d'erreur subsiste pourtant; et c'est là tout l'intérêt de ce magnifique travail : la persistance d'échanges sanguins par les artères et les veines vertébrales.

Les expériences ont porté sur cent cinquante chiens, et pour tenter d'éviter cette cause d'erreur, l'auteur a pensé tout d'abord à écraser très simplement les vaisseaux par des clamps. Les résultats ne furent pas démonstratifs en raison sans doute de la brutalité du procédé.

Dans une seconde série d'expériences, on pratiqua : 1° la ligature puis la section des vaisseaux, et 2° trois semaines plus tard la perfusion de la tête d'un animal sain par le sang d'un chien brûlé. La difficulté était de procéder de façon telle que le sang ne puisse passer ailleurs qu'au cerveau.

L'expérience réussit parfaitement sept fois de suite et l'auteur nota :

1° La diminution de la quantité des urines;
2° La chute de la chlorurie globale;
3° La chute de l'azotémie globale;
4° L'augmentation croissante de l'albumine dans l'urine;
5° L'apparition des signes de néphrite;
6° La diminution du volume globulaire et l'augmentation du plasma sanguin;
7° La chute progressive des chlorures du sang total, du plasma et des globules;
8° L'augmentation de l'urée, de l'azote uréique et de l'azote protéique et entre autres constatations l'augmentation de la cholestérine et de la vitesse de sédimentation.

De ces résultats on peut conclure que le principe toxique résorbé des régions touchées par la brûlure, circule par voie sanguine, qu'il se fixe dès les premières heures sur l'encéphale et que les conséquences sont l'apparition rapide d'une glomérulo-néphrite hypochlorémique, hyperazotémique, de perturbations sanguines qu'accompagnent parfois des ulcérations gastro-duodénales.

Le travail se termine par un essai de localisation des lésions sur l'encéphale.

Lithopédion de 47 ans cause d'une hémorragie mésentérique, par MM. Sackenreiter et Girardin. In *La Gynécologie*, juin 1939.

Une malade de 78 ans présente des phénomènes d'occlusion intestinale datant de 3 jours. Parmi les signes cliniques, un, domine singulièrement la scène : une douleur de plus en plus accusée siégeant dans la moitié droite de l'abdomen. A ce signe capital s'ajoutent un arrêt complet des matières et des gaz, un ballonnement généralisé, quelques vomissements.

Dans le passé de la malade on doit signaler vers l'âge de 47 ans, une fausse-couche spontanée dont l'évolution n'a rien présenté d'extraordinaire.

C'est en vain que le chirurgien recherche la cause de l'occlusion. Au surplus, l'état du sujet est excessivement sérieux, à telle enseigne que l'opérateur annonce qu'il pratiquera une simple fistulisation de l'intestin sous anesthésie locale.

A l'ouverture du péritoine un flot de sang jaillit entre les anses grêles. L'incision minime est refermée et l'on pratique sous anesthésie générale, cette fois, une laparatomie médiane.

Dans le Douglas on découvre un corps dur à arêtes tranchantes; sur ce corps dur, le mésentère déchiqueté présente une plaie béante qui continue à saigner. Un lithopédion correspondant à un fœtus de 12 à 13 semaines, la tête orientée vers le haut, l'occiput en avant, avait scié, si l'on peut dire, la face postérieure du mésentère et créé l'abondante hémorragie constatée.

L'ablation du lithopédion se fit par morceaux. L'hémorragie continua; la malade succomba le lendemain.

L'intérêt de cette publication est multiple.

Il est clair que la fausse-couche remontant à 47 ans était en réalité une grossesse tubaire rompue. La tolérance par l'organisme du lithopédion a duré près d'un demi siècle. L'apparition des phénomènes d'occlusion s'explique bien par la présence du lithopédion. Mais il est plus difficile de comprendre le mécanisme de l'hémorragie.

L'auteur accuse volontiers le traumatisme dû à l'examen clinique : palpation profonde, examen gynécologique bimannel. Au cours de l'obstruction, le fœtus calcifié a provoqué par suite des manœuvres d'examen intempestives, la déchirure des vaisseaux mésentériques et l'hémorragie mortelle.

C. A. F. — Volvulus cœcal et grossesse de huit mois, par C. Andreoiu. In *Gynécologie et Obsterica*, Bucarest. Janvier-mars 1939.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LA CHLOROPHYLLE EN THERAPEUTIQUE

Par M. L. Babonneix

Si, pendant longtemps, la chlorophylle des légumes verts n'a pas retenu l'attention des thérapeutes, c'est, comme l'ont montré les recherches des Ecoles scandinave et suisse, parce qu'elle est si profondément engagée dans une molécule protéique qu'il est indispensable, pour l'en extraire, de détruire cette molécule. On peut alors l'isoler, l'administrer par voie digestive ou parentérale et noter les effets ainsi produits (1).

Propriétés physiques et physico-chimiques. — Extraite des végétaux, elle forme un vernis qui s'altère lentement à la lumière en présence d'oxygène, dichroïque, vert foncé par transparence, rouge cuivré par réflexion, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, le benzène, le chloroforme, l'éther, l'éther de nitrol, le sulfure de carbone.

Elle est décomposée par la chaleur.

(1) R. Dupont. Traitement de l'asthénie cancéreuse par la chlorophylle, *Bulletin Médical*, 16 février 1935, pp. 117-118. — Edelmann. Propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques de la chlorophylle, *Bulletin Médical*, 19 septembre 1931, pp. 651-653. — Plagniol. La toxémie asthénisante du cancer et le remarquable pouvoir tonique du pigment chlorophyllien, *Journal de Médecine de Paris*, n° 45, 9 novembre 1933, pp. 664-665. — M. J. Poucel. La feuille « soleil vivant » ; sa chlorophylle : données actuelles ; applications pratiques. Un vol. de 84 pages, Paris, 1938, J.-B. Baillière. — Schunck de Goldfiem. La chlorophylle, médicament analeptique et reconstituant, *La Clinique*, mars 1938, A, pp. 75-81. — Id. La chlorophylle, *Revue coloniale de médecine et de chirurgie*, août 1937, n° 98, pp. 292-297.

Elle absorbe les rayons solaires et les transforme en énergie chimique.

Pour M. J. Schunck de Goldfiem, on doit la considérer comme une matière colorante se fixant sur les granules colloïdaux, soumise à l'électrophorèse (entraînement par l'effet du champ électrique) et qui, ainsi conduit sur le globule rouge, s'y fixe en une journée environ chez le mammifère et chez l'homme.

Sa fluorescence permet de distinguer les deux chlorophylles A et B, toujours mélangées chez les végétaux.

Etude chimique. — Renvoyant, pour tous détails, aux travaux de Wilstaetter, exposés par M. René Wurmser (*Archives de physique biologique*, n° 3, 1er septembre 1921, p. 33), et à l'article de M. S. de Goldfiem, nous rappellerons seulement quelques données essentielles pour le médecin :

1) *Il existe une parenté étroite entre la chlorophylle et l'hémoglobine*, l'hématoporphyrine, qui provient, par dédoublement successifs, de l'hémoglobine, étant très voisine de la phylloporphyrine, qui provient du dédoublement de la chlorophylle : par réduction, ces deux corps donnent naissance au même produit, l'hémopyrrol, qui établit ainsi le passage entre le pigment du sang des vertébrés et celui des feuilles vertes).

2) *Les chlorophylles sont des éthers acides du phytol et de l'alcool méthylique.*

3) *Elles possèdent un noyau pyrrhol*, qui s'intègre à l'hématine du sang et aux pigments biliaires.

4) *Elles contiennent du magnésium.*

5) *Isolée de la feuille, la chlorophylle est rapidement détruite par la lumière solaire, à moins qu'on n'ajoute à la solution une substance protéique*, telle que la gélatine (Wurmser) : expérience qui montre que, dans les cellules végétales, elle est toujours combinée aux protides.

Etude physiologique. — La quantité de chlorophylle absorbée par le tube digestif dépend essentiellement de la forme sous laquelle elle a été ingéré. Si elle est consommée sous forme de légumes verts, on n'en retrouve que très peu dans le foie (Dhéré et Vegezzi, Kithara) ; administrée, au contraire, sous forme pure, elle est rapidement absorbée, comme le montre l'apparition, dans l'urine, d'abondantes quantités de porphyrine (E. Burgi, Godinho).

Absorbée par la bouche ou injectée par voie intra-veineuse, elle disparaît rapidement du sang pour se retrouver dans les organes hémopoiétiques : foie, rate, ganglions lymphatiques : dans le premier de ces organes, elle subit une série de dégradations dont les produits ne tardent pas à apparaître dans la bile.

Etude pharmacodynamique. — Renvoyant à l'article de M. J. S. de Goldfiem, pour plus de détails, nous rappellerons seulement que la chlorophylle est douée d'effets :

Neuro-musculaires : elle augmente, en effet, expérimentalement, l'excitabilité du gastrocnémien (Gordonoff et Hasokawa, Rentz) ;

Cardio-vasculaires : C'est un cardio-tonique puissant, relevant les chiffres des tensions maxima et minima, aux doses de 0 g. 002 par kilogramme, elle agit sur le cœur isolé comme la digitaline dans ses effets cardiaques, elle n'entrave pas l'action de l'adrénaline (Rentz, Burgi). Elle augmente la contractilité du cœur à la dilution de 1/20.000 (Gordonoff). A très fortes doses, elle détermine de la bradycardie (Kvichi-Mcyedera).

Agissant sur les vaisseaux directement et indirectement, par l'intermédiaire du sympathique, en perfusion, elle produit une vaso-dilatation momentanée ; en injection intra-veineuse, elle augmente la pression sanguine et sensibilise les vaisseaux à l'action vaso-constrictive de l'adrénaline (Rentz) ;

Excito-moteurs des fibres lisses, même en solution très diluée, comme si son action portait essentiellement sur leur innervation autonome (Rentz) ;

Stimulants sur les organes hémopoiétiques. En injection sous-cutanée chez le lapin, elle détermine une augmentation notable et persistante du nombre des érythrocytes, des thrombocytes (Rentz) et des polynucléaires.

Elle favorise la fixation du fer par les globules rouges (Burgi). Pour Grigoriew, elle se montre plus active que le fer, les effets de ces deux substances pouvant, d'ailleurs, s'ajouter.

Sécrétoires. Elle détermine une augmentation de la sécrétion urinaire, qui atteint son maximum au bout de deux heures.

Photosensibilisateurs.

Ajoutons qu'elle est bien tolérée et qu'il faut en donner des doses énormes pour provoquer une *bilieuse hémoglobinurique expérimentale* ; que, donnée trop longtemps ou à trop fortes doses, elle s'accumule dans la rate, dont le volume augmente.

Applications thérapeutiques. — Elles ont été précisées par Brenkel, Burgi, S. de Goldfiem, Gordonoff, Windhaus.

La chlorophylle est prescrite dans :

Les anémies (Burgi, Gordonoff et Grigoriew), et, en particulier, dans l'anémie coloniale. Les doses varient selon qu'il s'agit de traitement préventif ou curatif : dix milligrammes par jour et par la bouche, pour un adulte de 70 kilos, dans le premier cas, cent milligrammes *pro die* et *per os*, en quatre fois, dix minutes avant chacun des quatre repas, dans le second.

Pour Rentz et Gordonoff, les résultats sont favorables, à moins que les organes hématopoétiques ne se trouvent profondément altérés. La chlorophylle « doit donc être utilisée dans les anémies plastiques et, par conséquent, dans toutes les anémies secondaires aux hémorragies, aux infections récentes. Elle se montre plus active que les préparations martiales, moins rapide, dans ses effets, que les extraits hépatiques, qui ne semblent pas du tout avoir le même point d'attaque. C'est pourquoi les auteurs allemands conseillent de les employer simultanément » (Œdelmann) ;

L'anémie consécutive, chez les cancéreux, à l'usage de la radiothérapie profonde : si l'on a soin de faire précéder chaque séance d'une injection de chlorophylle, on peut, sans inconvénient, administrer de fortes doses de rayons sans qu'il en résulte, pour les malades, les phénomènes habituels d'anémie qui obligent trop souvent à espacer les séances (R. Dupont) ;

L'*hypotension artérielle* (Koole et Wollmar), où, non seulement elle relève les chiffres de la pression, mais encore fait diminuer la cyanose, augmente le débit cardiaque et fait si bien qu'on l'a souvent considérée comme un adjuvant du traitement digitalique ;

Les *troubles de la croissance*, où elle favorise l'action de l'actinathérapie. Pour Windaus et Brenkel, elle sensibilise les rachitiques aux effets des rayons ultra-violets et renforce

sensiblement l'action de l'ergostérol irradié. Burgi en donne systématiquement aux nourrissons soumis à l'allaitement artificiel ;

Les *infections* (Burgi et Zickgraf), et, en particulier

Les *infections coloniales* : bilieuse hémoglobinurique, dengue, fièvre jaune, kala-azar, trypanosomiase. Les doses seront les précédentes, augmentées lors de la saison des pluies et au moment où l'on est obligé de se livrer à des exercices physiques pénibles ;

Les *tuberculoses* (Plagniol), aux doses de 60 à 90 milligrammes *pro die* ; et surtout, la tuberculose ganglionnaire (P. Moure) ;

La *lèpre*, où l'on injectera, deux à trois fois par semaine, 5 à 10 centigrammes de chlorophylle en solution aqueuse (Schunck de Goldfiem) ;

Les *pneumococcies* (de Goldfiem) ;

L'*avitaminose* A (de Goldfiem) ;

L'*asthénie* (Burgi, de Goldfiem, Patek, Plagniol) ;

La *convalescence des maladies aiguës*, où ses propriétés angiotoniques, cardio-toniques et hémopoiétiques en indiquent l'emploi ;

Les *hémorragies* (Hugues et Katner) ;

Le *cancer* (D. Galetz, Plagnol, R. Dupont et Duhamel, S. de Goldfiem et G. Vettier). Douée de propriétés toniques qui exaltent le métabolisme fondamental des cellules, la chlorophylle exerce une action des plus favorables sur l'asthénie des cancéreux, liée, en grande partie, à l'état d'anémie dans laquelle ils se trouvent. M. R. Dupont utilise, dans ces cas, le chlorophyllate de sodium en injections intra-veineuses, à la dose de 0 g. 05, par séries de 10, dans l'intervalle desquelles on peut donner le médicament *per os*. Sous son influence, les douleurs diminuent, le malade sort de son asthénie et accuse une sensation de bien-être plus ou moins durable. Des résultats analogues avaient été obtenus, dès 1933, par M. Plagniol.

Modes d'administration. — D'après Brenkel, Burgi, Gordonoff, Windhaus, les poudres de feuilles vertes, même stabilisées et préparées à froid, sont inactives (opinion contredite par M. J. M. Poucel) ; aussi convient-il d'utiliser le pigment chlorophyllien pur, dont les solutions dans l'alcool à 90° et dans les graisses sont mal supportées, et dont les solutions aqueuses ordinaires sont très instables, parce qu'elles contiennent de la chlorophyllase, ferment qui décompose le pigment toutes les fois qu'il se trouve en présence de l'eau. Force est de recourir à la chlorophylle des Euphorbiacées, qui, ne contenant pas de chlorophyllase, se prêtent à la préparation de solutions aqueuses stables très actives, et que l'on donne, au maximum, par centigrammes.

On aura soin de la prescrire à jeun, le matin au réveil ou un quart d'heure avant les repas, et de lui associer un régime lacto-végétarien ou végétarien.

Sa zone maniable est très étendue : de 1 à 150 milligrammes *per os* ou *pro die* ; de 10 à 500 milligrammes *in situ* dans les tumeurs (J. S. de Goldfiem).

Synergiques. — Les principaux sont la quinine, en cas de paludisme ou d'infection ; les toni-cardiaques, dont, surtout, la digitaline, en cas d'insuffisance ventriculaire ; les ferrugineux et les sels de cuivre, en cas d'anémie ; la vitamine A, les divers rayons (X, infra-rouges, ultra-violets) en divers cas ; anémie, rachitisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 mai 1939

Allongement sus et sous-vaginal du col de l'utérus chez une nullipare. — M. Thévenard, à propos d'une communication récente de M. Séjournet, rapporte l'observation d'un allongement de cet ordre dans lequel le col utérin hypertrophié avait pratiqué une auto-défloration chez une vierge et sortait à la vulve. Amputation du col. Grossesse ultérieure.

Périviscérite hémorragique. — M. Thévenard rapporte un cas analogue à celui de M. Diamant-Berger, dans lequel un melæna important très grave ayant nécessité une transfusion d'urgence fut mis au compte d'un ulcère duodénal, alors que l'auteur, qui avait opéré précédemment la malade pour une appendicite aiguë et, douze ans après, pour une occlusion due à une bride épiploïque, pense qu'il s'agissait simplement de périviscérite.

La sérothérapie dans l'appendicite aiguë. — Sans jamais temporiser pour l'intervention et pratiquant la règle qui affirme que toute appendicite diagnostiquée doit être opérée, M. Thévenard dit s'être bien trouvé de la sérothérapie de Womberg et Vincent.

A propos des ruptures de la rate. — M. Weber présente l'observation d'une rupture de la rate survenue chez un sujet de 15 ans à la suite d'une chûte de bicyclette. L'hémorragie était telle et l'état général si précaire, que l'on dut se borner à placer 2 pinces sur le pédicule splémique et à mécher la loge après voir encapuchonné la rate avec de l'épiploon. Suites excellentes. Au quinzième jour, la plaie est presque fermée. A ce moment, le nombre des globules rouges dépasse 6 millions.

Un cas d'appendicite toxique. — M. Bovier rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte d'appendicite aiguë avec plastron et vue seulement au quatrième jour par le chirurgien. On laissa refroidir et l'on opéra deux mois et demi après. Appendicectomie simple. Dès le troisième jour après l'opération, il se déclara de la fièvre avec accélération du pouls et aggravation progressive de l'état général. Au septième jour, la mort survient en quelques heures dans le coma toxique. L'auteur reprend la vieille discussion entre partisans du refroidissement — limité à ces cas sus tardivement — et partisans de l'opération toujours et tout de suite. Malgré l'échec qui fait l'objet de sa communication, il reste parmi les temporisateurs, mais pense que la période de refroidissement doit être une cure de désintoxication, aidée, peut-être, par l'emploi des sérums (Vincent-Weinberg).

Syndrome d'infractus tubaire par injection savonneuse en dehors de la grossesse. — M. Yovanovitch (de Belgrade), M. Séjournet, rapporteur. — Une femme de 39 ans, se croyant enceinte, subit une injection intra-utérine d'eau de savon. Elle présente une réaction immédiate de choc, suivie de signes d'intoxication sévère avec localisation annexielle unilatérale. Elle succombe malgré une intervention précoce En l'absence de lésions histologiques, caractérisant l'infarctus (érythrodiapédèse), en présence d'un utérus sain (non gravide) et une localisation inflammatoire annexielle unilatérale avec perforation et péritonite, le rapporteur fait des réserves sur l'interprétation donnée d'infarctus tubaire et pense qu'il s'agit plus vraisemblablement de nécrose perforante aiguë à la suite de pénétration d'eau savonneuse dans la trompe.

A propos d'un kyste épidermoïde térébrant du crâne. — MM. MASMONTEIL et VAUTIER présentent un cas de kyste épidermoïde du crâne qui avait déterminé, dans la région pariétale gauche, 5 orifices de trépanations : 2 de la taille d'une pièce de 1 franc, 3 de la taille d'une lentille. A propos de ce cas, les auteurs reprennent l'études des kystes épidermoïdes de la région cranienne qui siègent habituellement dans la région des fontanelles et du bregma, et dont l'origine est, suivant le cas, traumatique ou congénitale. Le cas particulier tire toute son originalité du siège anormal des lésions en plein pariétal. Ils ne retrouvent qu'un seul exemple comparable chez les auteurs américains.

Occlusion après appendicectomie. — M. Etienne BERNARD apporte une observation d'occlusion précoce après appendicectomie dans laquelle la fistulisation intestinale « a minima » a échoué et a dû être suivie d'une exploration complète avec désagglutination. Il s'élève contre l'iléostomie faite à l'aveugle, sans vérification de la source de l'occlusion. Malgré tous les reproches faits à la désagglutination suivie de mickulicz, celle-ci comporte généralement un maximum de shockante, mais quand elle échoue, elle expose à des désastres.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

SÉANCE DU 1er JUIN 1939

Tachycardie paroxystique mortelle après intervention pour tumeur extra-médullaire (D^{10}). — M. COSSA (de Nice) rapporte l'observation d'une femme de 35 ans, qui a été opérée à deux reprises, à deux ans de distance, pour tumeur extra-durale de la moelle, la première fois à hauteur de L^1, la seconde fois à hauteur de D^{10}.

Quatre jours après la seconde intervention, dont les suites semblaient normales, une crise de tachycardie parxoystique se déclencha, à 214 par minute, qui résista à toute thérapeutique. L'électrocardiogramme semblait indiquer l'origine ventriculaire de cette tachycardie. Après avoir duré quatorze jours, cette tachycardie cessa brusquement et spontanément. Mais, le lendemain, la malade mourut subitement.

Deux cas d'anévrysmes artério-veineux intracrâniens traités par la ligature de la carotide primitive. — MM. F. THIÉBAUT et RAYMOND.

Spasme labio-palato-laryngé (manifestation réflexe sympathico-cérébro-spinale). — MM. J.-A. BARRÉ et Th. KAMMERER (de Strasbourg) ont vu apparaître, chez un sujet de 65 ans, sans passé pathologique, des spasmes brusques et rares, d'abord limités à une joue, devenus bientôt bilatéraux et survenant par crises de plus en plus longues. Les muscles des faciaux inférieurs paraissent seuls intéressés et, vus ainsi, ces spasmes pourraient représenter la forme inférieur du bispasme facile d'Henri Neige.

L'examen montre en plus une participation de la luette et du voile du palais, et l'examen tomographique du larynx (Dr Creiner) établit l'existence de contractures des cordes vocales. Il s'agit donc d'un spasme labio-palato-laryngé, et non du bispasme faciale simple.

Différentes interventions dentaires ont pu provoquer un arrêt (allant jusqu'à dix tours) de tout spasme. Des douleurs ayant existé à la place même où s'est développé initialement le spasme, les auteurs voient dans cette manifestation la réponse donnée par le système cérébro-spinal à une incitation transmise par le sympathique. Ils rapprochent le type pathologique de leur malade du blépharospasme, pour lequel cette pathogénie réflexe sympathico-cérébro-spinale semble bien convenir.

On a jusqu'à présent, surtout, considéré dans les spasmes, l'élément moteur, et insuffisamment l'élément sensitif. Or, c'est souvent en agissant sur l'élément sensitif qu'on obtient des résultats très appréciables spasmolithiques. Cette thérapeutique plus rationnelle donne de bien meilleurs résultats que la rééducation, à laquelle on a trop longtemps réduit la thérapeutique des spasmes et des tics.

Maladie de Paget du crâne avec symptômes neurologiques. — M. J. DE LEHOCZKY (de Budapest).

Angione caverneux du strié et malformations viscérales multiples. — M. LUDO VAN BOGAERT présente l'observation d'une femme de 66 ans atteinte d'hallucinations de la vue et de l'odorat, avec interprétations délirantes, avec déviation de la marche, mouvements involontaires du type choréique, et attitudes stéréotypées des membres droits. Cette malade mourut d'un carcinome du cholédoque.

L'autopsie permit de constatler une atrophie diffuse, une hydrocéphalie interne modérée et une tumeur angiomateuse, qui occupait toute l'étendue du putamen et du pollidium du côté gauche. Mais on trouva, en outre, des reins en fer à cheval, un uretère double à droite, un kyste du rein droit, un kyste sous-séreux du foie, ovaire gauche kystique.

Ce fait est rapproché de toute une série d'autres dysplasies ecto-mésodermiques.

Evolution maligne d'une tumeur royale d'une maladie de Becklinghausen à caractère familial. — MM. HUGUENIN, BURGI et BARBET.

L'électro-encéphalogramme dans un cas de mutisme et de surdité hystérique. — MM. D. PAULIAN, M. TUDOR et Gl. CONSTANTINESCO (de Bucarest) ont étudié les courbes encéphalographiques de leur malade, avant le torpillage thérapeutique et après ce torpillage, ils en tirent des déductions au sujet du mécanisme pathogénique des phénomènes.

Un cas d'encéphalopathie (apoplexie séreuse) **post-arsénobenzolique à symptomatologie exceptionnelle** (syndrome méso-diencéphalique). **Guérison.** — MM. O. FISCHER, O. LAUFER et O. SITTIG (de Prague).

Tumeur perlée du quatrième ventricule. Intervention. Guérison. — MM. H. ASKENAZY, C. ARSENIE et M. GEORGIADE.

Physiologie des formations réticulées. Réactions cardiaques et vésicales consécutives à l'excitation faradique du bulbe chez le chat. — M. M. MONNIER.

Polyradiculite avec dissociation albumino-cytologique (syndrome Guillain-Barré) à forme pseudo-myopathique chez un syphilitique. — MM. A. KREINDLER et F. ANASTASIN.

LIVRES NOUVEAUX

Toubib sous l'orage, par DUPLESSIS DE POUZILHAC.

Le Dr Duplessis de Pouzilhac (de Narbonne), bien connu par ses publications régionalistes, en particulier par la belle revue d'art *Septimanie*, qu'il édite avec autant de science que de goût pour la présentation luxueuse, vient de faire paraître un roman : *Toubib sous l'orage*.

Il s'agit de l'histoire passionnelle d'un praticien.

Nous n'entreprendons pas d'analyser ce très curieux ouvrage où l'on retrouve toutes les qualités admirées dans *Sigma* et *Les Mouettes aux Croix-Rouges*, ses précédents romans.

Il se recommande de lui-même, car rien de ce que publie Duplessis de Pouzilhac n'est indifférent et cette fois il a atteint le summum de l'observation et du pathétique.

Maurice MORDAGNE.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris



N° 73. — MERCREDI 13 SEPTEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

Essai sur la pneumonie franche aiguë, par M. Albert Lévy.

Essais d'une chimiothérapie nouvelle dans la tuberculose pulmonaire, par M. Paul Anstett.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Société de Médecine de Paris. — Société des Chirurgiens de Paris. — Société de Thérapeutique. — Société de Médecine militaire.

Notes pour l'Internat.

Amibiase intestinale, par M. G. Le Sueur.

INFORMATIONS

Faculté de Médecine. — En raison des circonstances actuelles, la Faculté de Médecine de Paris fait connaître qu'une session spéciale d'examens uniquement réservée aux étudiants sursitaires, ainsi que ceux devant être appelés sous les drapeaux avant le 1er octobre 1939, aura lieu du 13 au 19 septembre prochain.

Les étudiants remplissant ces conditions sont priés de se faire connaître, *dès maintenant*, au Secrétariat de la Faculté, au plus tard le *dimanche 10 septembre*.

Toutefois, ils ne seront inscrits en vue de cette session que sur présentation de leur ordre d'appel, et, en tout cas, d'une pièce justificative indiquant leur départ avant le 1er octobre.

Appel de la Croix-Rouge. — La Croix-Rouge française met actuellement à la disposition de la Défense Nationale un nombre considérable d'infirmières diplômées qu'elle a instruites ; elle organise de nombreux hôpitaux auxiliaires qui pourront être ouverts en quelques jours en cas de nécessité ; elle donne son concours aux services nationaux, départementaux et municipaux qui préparent la protection de la population contre les attaques aériennes et organisent les secours aux réfugiés

La Croix-Rouge a besoin de *réunir d'urgence des ressources* considérables pour porter ses ressources au niveau des dépenses auxquelles elle peut être appelée à faire face demain ; elle demande aux Français et Françaises de lui venir en aide : les sommes les plus modestes seront les bienvenues aussi bien que les dons les plus généreux.

Adresser les envois à l'une des trois Sociétés qui composent la Croix-Rouge :

Société de Secours aux Blessés Militaires, 21, rue François-Ier (chèques postaux : Paris 17-62).

Union des Femmes de France, 102, boulevard Malesherbes (chèques postaux : Paris 879-39) ;

Association des Dames Françaises, 16, boulevard Raspail (chèques postaux : Paris 429-30).

Guerre. — TROUPES COLONIALES. — *Concours pour l'admission au stage d'assistant des hôpitaux coloniaux.*

Sont admis à concourir :

Section de médecine : M. le médecin capitaine Boulnois, du 19e corps d'armée ; M. le médecin capitaine Lemasson, de la 15e région ; M. le médecin lieutenant Eggenberger, de la 15e région ; M. le médecin lieutenant Lestrade, de la région de Paris.

Section de chirurgie : M. le médecin capitaine Daniaud, de la région de Paris ; M. le médecin capitaine Martin, de la région de Paris ; M. le médecin capitaine Marty, de la 15e région ; M. le médecin lieutenant Blanche, de la 18e région ; M. le médecin lieutenant Buttin, de la 15e région ; M. le médecin lieutenant Cros, de la 18e région ; M. le médecin lieutenant Ferville, de la 18e région ; M. le médecin lieutenant Latouche, de la 18e région.

Section électroradiologie : M. le médecin capitaine Demange, de la région de Paris ; M. le médecin capitaine Natali, de la 15e région ; M. le médecin lieutenant Barnay, de

la 17e région ; M. le médecin lieutenant Roncin, de la région de Paris ; M. le médecin lieutenant Waskovit, de la 15e région.

Section bactériologie : M. le médecin capitaine Bascou, de la 17e région ; M. le médecin capitaine L'Hotellier, de la 18e région ; M. le médecin capitaine Robini, de la 15e région.

IIe Congrès International de la Fédération latine des Sociétés d'Eugénique. — Le Congrès aura lieu du 25 au 30 septembre 1939, à Bucarest sous la présidence du professeur Parhon.

Le programme que nous recevons à l'instant comporte les questions suivantes :

— Moyens de prophylaxie des maladies héréditaires.

— Valeur comparée des différents moyens d'accroissement des populations.

—Hérédité et sensibilité aux infections et aux intoxications.

— Hérédité des aptitudes intellectuelles.

— Rôle des mutations en eugénique.

— Hérédité et endocrinologie.

Congrès ajourné. — En raison des événements, le IVe Congrès de la Société Internationale de *Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie* qui devait se tenir à *Berlin* du 4 au 8 septembre a été ajourné.

XVIe Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de Géologie médicales (Strasbourg, 8-13 octobre 1939).

Bureau du Congrès. — Présidents : M. le Professeur Danjon, doyen de la Faculté des Sciences ; M. le Professeur Sartory, doyen de la Faculté de Pharmacie ; M. le Professeur Forster, doyen de la Faculté de Médecine. Secrétaire général : M. le Professeur Vaucher (Strasbourg). Secrétaire général adjoint permanent : M. le Dr F. Françon (Aix-les-Bains). Secrétaires généraux adjoints : Mlle le Dr Jeanne Bruner, M. le Dr A. Jacob. Président du Comité financier : M. R. Debrix, président du Conseil d'administration de la Société Générale Alsacienne de Banque. Trésorier : M. Reybel, directeur au Crédit Industriel d'Alsace et de Lorraine, 14, rue de la Nuée-Bleue, Strasbourg. Trésorier adjoint : M. Laguerre, sous-directeur à la Société Générale Alsacienne de Banque, 4, rue Joseph-Massot, Strasbourg.

Rapports. — *I. Rapport d'hydrologie thérapeutique :* Le traitement hydrominéral des dermatoses : M. le Professeur Pautrier (Strasbourg), clinique dermatologique, hôpital civil ; M. le Dr Flurin (Cauterets). Corapporteurs : M. le Dr Huet (La Roche-Posay), Mme le Dr Eyraud-Déchaux (La Bourboule).

II. Rapports d'hydrologie : Perméabilité et eaux minérales : MM. les Professeurs Dodel et Dastugue (Clermont-Ferrand).

III. Rapport de climatologie : Indications et contre-indications des sports d'hiver : M. le Professeur Piery, MM. les Professeurs agrégés Enselme et Milhaud (Lyon). Corapporteurs : le Professeur agrégé Kahlmeter (Stockholm) : Les effets physiologiques et pathologiques de la pratique prolongée des sports d'hiver. M. le Professeur Moriköfer (Davos) : Climat et sports d'hiver. M. le Professeur Scotti Douglas (Pietra Ligure) : L'alimentation et les régimes pendant les sports d'hiver.

IV. *Rapports de géologie :* Les eaux minérales des régions pétrolifères : M. Schneegans, professeur à l'Ecole Nationale Supérieure du Pétrole et des Combustibles Liquides (Strasbourg). Corapporteurs : Preda, directeur de l'Institut de géologie (Bucarest). M. Zuber (Rome).

V. Evolution de l'outillage thermal français pendant les vingt dernières années : M. Urbain, maître de recherches, chef de travaux à l'Institut d'Hydrologie de Paris.

Les rapports seront exposés et discutés au cours des séances de travail qui auront lieu au grand amphithéâtre de la Clinique médicale A les 9, 10 et 11 octobre.

Communications. — Elles pourront avoir trait, soit aux questions traités dans les rapports, soit à d'autres sujets d'hydrologie, de climatologie ou de géologie médicales. Leur titre et leur texte devront être soumis d'avance à l'agrément du Bureau du Congrès.

La durée des communications, en séance, ne pourra dépasser cinq minutes ; leur longueur, en texte imprimé, ne pourra dépasser trois pages de 45 lignes de 70 lettres ou signes par ligne.

Inscriptions. — Le Congrès est, en principe, réservé aux médecins, pharmaciens, membres des Facultés des Sciences; aux étudiants en médecine, pharmacie, sciences; aux ingénieurs, hydrologues, aux directeurs et administrateurs des établissements thermaux, à toute personne s'intéressant à l''hydrologie, la climatologie et la géologie, ainsi qu'aux membres de leur famille (femme et enfants mineurs en ce qui concerne les réductions ferroviaires). Mais toute personne ou collectivité agréées par le Bureau pourront également faire partie du Congrès.

Un Comité de dames sera très heureux d'accueillir les familles des congressistes et de leur rendre agréable le séjour à Strasbourg.

Droits d'inscription :

Membres actifs : 150 francs.

Membres associés : 80 francs.

On peut s'inscrire en envoyant son adhésion à M. le Professeur Vaucher, institut d'Hydrologie, 1, place de l'Hôpital, Strasbourg, et en versant les droits d'inscription, soit au Crédit Industriel d'Alsace et de Lorraine, 14, rue de la Nuée-Bleue, Strasbourg (compte 12.797) ; soit au compte chèque-postal du Crédit industriel d'Alsace et de Lorraine, Strasbourg 1681 (mettre sur le chèque postal la mention : Congrès d'Hydrologie).

(Nous n'avons encore reçu aucun avis relatif au changement de date certain de ce Congrès).

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine la mort du Dr J.-H.-N. Lemeland, accoucheur chef de service de l'hôpital Saint-Louis, décédé au retour du Maroc. Notre regretté collègue était âgé de 61 ans.

ESSAI SUR LA PNEUMONIE FRANCHE AIGUE

Par M. Albert Lévy

Qu'est-ce que la pneumonie franche aiguë?

Le hasard de nos lectures nous a donné l'occasion de méditer un peu sur cette maladie singulière et d'aboutir aux conclusions que nous désirons exposer.

Il est bien entendu que nous parlons de cette entité morbide bien définie, connue sous le nom de pneumonie franche aiguë, et que nous éliminons toutes les autres affections de l'appareil respiratoire plus ou moins confondues avec elle, les broncho-pneumonies, les congestions pulmonaires, même la pneumonie grippale, affections d'origine tout à fait différente.

Rappelons brièvement que la pneumonie franche aiguë est caractérisée par un début brusque, en apparence, par de la fièvre avec température en plateau plus ou moins régulière, de la toux, de la dyspnée, une expectoration caractéristique et, surtout, une évolution cyclique. Et c'est justement cette évolution cyclique qui est un des éléments essentiels de cette affection si particulière.

Si nous consultons les classiques, nous lisons que la P. F. A. est causée par le pneumocoque. Certes, depuis la découverte de Talamon, tout le monde est d'accord; il est certain, que le pneumocoque se trouve dans les crachats au cours de l'évolution de la maladie. Mais cet agent est-il réellement seul en cause?

Il y a autre chose, un élément, une manifestation dont nous n'avons pas encore parlé, c'est l'herpès, si fréquent au cours de la maladie. Et c'est, à notre avis, un élément indispensable, dans la provocation de la P. F. A. Si le pneumocoque est coupable et c'est certain, il y a un autre agent non moins coupable, le virus herpétique, qui est l'agent provocateur, si on veut admettre cette expression. C'est l'herpès qui commence, qui prépare le terrain pour la culture du pneumocoque et nous verrons, en étudiant la maladie et ses complications, que chacun d'eux agit pour son propre compte.

D'abord, deux propositions fondamentales.

1° La P. F. A. est propre à l'homme, c'est une maladie inconnue chez les animaux. Nous avons été frappé en lisant cette phrase dans le bel ouvrage de Charles Nicolle sur la vie et la mort des maladies infectieuses;

2° « L'herpès est une maladie humaine produite « par un ultra-virus invisible et filtrable. Dans la « nature ce virus s'attaque seulement à l'homme, on « ne l'a jamais encore trouvé chez les animaux », peut-on lire dans l'article de S. Nicolau dans le magnifique ouvrage de MM. Levaditi et Lépine sur « les ultra-virus des maladies humaines ».

On peut lire également dans le même ouvrage : L'éruption herpétique peut être déclenchée par de nombreuses causes occasionnelles, tels sont les herpès qui s'observent au cours de maladies infectieuses telles que pneumonie, etc. Même remarque dans l'ouvrage d'Hauduroy sur les maladies à virus filtrant.

C'est peut-être beaucoup d'audace de notre part, mais nous nous séparons de ces auteurs éminents sur le rôle de l'herpès dans la circonstance. Ce n'est pas un rôle d'accompagnement c'est un rôle provocateur et nécessaire.

Inutile de rappeler combien l'herpès est fréquent au cours de la P. F. A. Je parle de l'herpès visible, l'herpès qui s'affiche ; le plus souvent c'est sur la face qu'on le constate et l'on sait combien ce signe peut être révélateur, surtout en présence de certains diagnostics difficiles — particulièrement dans les pneumonies muettes — mais il y a l'herpès qui se voit et l'herpès qui ne se voit pas.

Rappelons quelques données sur l'herpès : c'est une ectodermose qui touche la peau, les muqueuses, la cornée, le système nerveux.

L'herpès ne s'extériorise pas toujours; il peut siéger sur la muqueuse des bronches sans s'exhiber. Affirmation purement gratuite, dira-t-on, mais la conception de la pneumonie, fièvre herpéto-pneumococcique explique si bien les choses.

L'herpès, affection de l'ectoderme touche le système nerveux; le virus, pour se manifester, effectue ce que Levaditi appelle la neuroprobasie. Quelle que soit la porte d'entrée, peau, muqueuse, voies aériennes supérieures, le virus effectue d'abord un trajet centripète vers le système nerveux central pour revenir ensuite par un voyage centrifuge exercer ses méfaits. Ce voyage se fait soit le long des nerfs eux-mêmes, soit par la voie des lymphatiques nerveux: Nicolau pose la question sans la résoudre.

Grâce aux travaux récents l'herpétisme, diathèse, est passé aux oublis. L'herpès est une entité morbide. Il y a des porteurs de germe qui le révèlent à l'occasion d'une intoxication, d'une infection et nous retrouvons ici le biotropisme de Millan. Il y a l'herpès de première invasion, et c'est probablement le cas le plus fréquent pour la P. F. A.

D'ailleurs, Parrot avait déjà insisté sur la coexistence de la fièvre herpétique et de la pneumonie et Fernet avait considéré la pneumonie comme un herpès du poumon. Mais au temps de ces auteurs, l'herpès était considéré comme une diathèse.

Aujourd'hui, nous savons que c'est une entité morbide. L'herpès c'est de l'herpès.

Or l'herpès est une maladie à évolution cyclique. Sa durée est de 7 à 15 jours (Voir Nicolau).

Son affinité pour le système nerveux explique la topographie segmentaire de la P. F. A. (Carnot P. M. Janvier 1902).

Arrivé sur un ganglion du plexus pulmonaire, il s'étale en éventail comme le territoire bronchique et détermine le collapsus localisé d'un lobe pulmonaire, avec stase sanguine, engouement et tous les phénomènes humoraux favorables à la culture du pneumocoque. Et c'est ce triangle que l'on peut voir à la radio.

Il est même possible que le virus herpétique soit par lui-même, particulièrement favorable à la culture du pneumocoque, puisqu'on en a trouvé dans les vésicules herpétiques.

La maladie évolue; si le système nerveux est intact, toutes les chances sont en faveur de la guérison. Sinon, nous aboutissons à des désastres, tels qu'on

peut les constater chez les éthyliques dont le système nerveux a déjà été carencé par l'alcool.

Fréquentes, surtout chez l'enfant, les formes de début simulant la méningite. Syndrome fugace si on cherche et si on trouve le foyer pneumonique. Ce syndrome ne rappelle-t-il pas les réactions méningo-encéphalitiques de l'herpès.

Le point de côté inconstant d'ailleurs mais si fréquent ne rappelle-t-il pas l'herpès névralgique de Mauriac? Et comme dans certains cas la névralgie s'étend jusqu'à l'abdomen, ne simule-t-elle pas la crise appendiculaire? Cela n'empêche pas qu'il y ait aussi des appendicites vraies à pneumocoques. Mais la P. F. A. peut débuter par un syndrome abdominal douloureux, à droite, dans la pneumonie droite, et nous avons tous vu cette localisation douloureuse qui peut tromper, mais disparaît d'ailleurs rapidement pour laisser place au tableau complet de la P. F. A.

Nous ne nous occuperons pas de l'évolution de la pneumonie, sauf pour rappeler encore ce cycle si caractéristique, spécial à l'herpès, ne pouvant être attribué au pneumocoque.

Mais voyons les complications et nous constaterons que les unes sont l'œuvre du pneumocoque, les autres les manifestations de l'herpès.

Causées par le pneumocoque : les pleurésies, l'endocardite, les thromboses artérielles, les phlébites, la méningite purulente, les otites, peut-être les parotidites, l'ophtalmie purulente, d'ailleurs très rare, ainsi que les arthrites suppurées.

Mais d'autres complications semblent bien résulter de l'herpès, en particulier les complications nerveuses.

Justement, MM. A. Dumond et G. Deplat viennent de publier dans la *Gazette des Hôpitaux* (nos 46 et 48, juin 1939) une revue générale fort intéresante sur les « Complications nerveuses de la pneumonie » et la lecture de leur article nous a confirmé dans cette idée première du rôle fondamental de l'herpès dans la pathogénie de la P. F. A.

Suivons ces auteurs dans leur description :

I. — *Complications méningées.*

1° Méningite purulente — aucun doute c'est le pneumocoque qui est coupable.

2° Méningite séreuse. C'est une méningite lymphocytaire. Les signes apparaissent souvent dès le 2e jour; la ponction lombaire ramène un liquide clair hypertendu où l'on trouve une lymphocytose importante et de l'hyperalbuminose. Ceux-ci ne rappelle-t-il pas singulièrement les réactions signalées par Ravaut, les méningites herpétiques décrites par différents auteurs (Philibert...).

3° Méningisme « Fréquemment on observe au « début d'une pneumonie, surtout chez l'enfant, et « toujours avant l'apparition des signes physiques, « des signes méningés d'importance variable. Tantôt « c'est une simple raideur discrète avec rachialgie et « céphalée, tantôt c'est un tableau impressionnant « où les signes méningés sont au complet.

« Dans tous ces cas le liquide céphalo-rachidien est « normal et ne présente aucune réaction inflammatoire. Cette seule constatation autorise à affirmer la « bénignité du pronostic... ».

« La pathogénie de ces manifestations reste d'ailleurs inconnue », disent les auteurs.

Mais c'est une flambée d'herpétisme qui n'a pas encore eu le temps de provoquer la réaction lymphocytaire.

II. — *Complications parétiques.*

A. — L'hémiplégie pneumonique qui, chez l'enfant, ne dure que quelques jours, n'est-elle pas attribuée actuellement (Comby, Rispal) à une encéphalite infectieuse? Et, là encore, le virus herpétique en explique la pathogénie.

B. — La paraplégie précoce — complication rare et bénigne —. Là encore, localisation fugace sur l'ectoderme du virus herpétique.

III. — *Paralysie métapneumonique ou tardive.*

a) Paralysie par myélite, toujours même pathogénie qui explique la régression rapide et la guérison complète.

b) Même explication pour la paraplégie polynévritique, d'ailleurs très rare, généralement bénigne, et laissant exceptionnellement des séquelles.

IV. — *Complications psychiques* — et en particulier le délire des alcooliques, le delirium tremens. Il est certain que l'éthylique peut faire du délire au cours de n'importe quelle infection pour n'importe quelle cause. Mais ce délire de la pneumonie a ceci de spécial qu'il s'installe dès le début avec température très élevée, 40° et plus, cachant les symptômes de la pneumonie.

Ne peut-on pas expliquer, par l'invasion du virus herpétique, ce trouble confusionnel chez un malade dont le système nerveux est déjà lésé par l'alcool?

En dehors de l'alcoolisme le délire peut s'observer chez les prédisposés comme dans d'autres maladies infectieuses.

Mais le virus herpétique est encore là pour favoriser ces déficiences psychiques.

V. — *Autres complications nerveuses rares.*

La chorée — les syndromes tétaniques — syndromes extrapyramidaux, toutes manifestations dont la pathogénie est et reste toujours la même.

Nous ne voulons pas allonger indéfiniment la longueur de cet article en donnant toutes les références relatives à l'herpès. Nous renvoyons pour cette étude aux ouvrages d'Hauduroy, de Levaditi et Lépine, à l'article de l'Encyclopédie médico-chirurgicale. On y verra que l'herpès est responsable de quantités de manifestations sur le système nerveux : méningites, encéphalites, paralysies, polynévrite, etc...

Notre but était de faire la part de chacun des éléments responsables de la P. F. A.

Discussion byzantine dira-t-on?

Mais si nous savions prévenir l'herpès nous éviterions peut-être la P. F. A.

Ajoutons enfin qu'on a signalé des épidémies de pneumonie. N'a-t-on pas signalé aussi des épidémies d'herpès, et plus fréquentes encore?

Pourquoi l'herpès se localise-t-il particulièrement sur un lobe pulmonaire dans certains cas? C'est une autre affaire. Nous ne nous chargeons pas de le déterminer.

Résumons-nous. La P. F. A. est une maladie spéciale à l'homme. L'herpès est également spécial à l'homme.

La P. F. A. est une maladie cyclique.

Le pneumocoque ne donne aucune manifestation cyclique, mais l'herpès a une évolution cyclique.

La pneumonie est une association virus herpétique et pneumocoque.

Parmi les complications les unes sont dues au pneumocoque, ce sont surtout des manifestations purulentes à localisations multiples ; les autres résultent de l'infection par le virus herpétique, ce sont surtout les complications du système nerveux (méningite purulente exceptée).

Un dernier mot : Le traitement par les sulfamides semble donner d'excellents résultats dans la P. F. A., alors qu'il paraît beaucoup moins actif dans les pneumococcies. N'est-ce pas parce qu'il aurait une action sur le virus herpétique? Il semble bien agir sur d'autres virus filtrants, tel par exemple que celui de la lymphogranulomatose de Nicolas et Favre.

Mais, dira-t-on encore, l'herpès joue peut-être le même rôle dans la méningite cérébo-spinale? C'est possible.

ESSAIS D'UNE CHIMIOTHÉRAPIE NOUVELLE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par Paul Anstett

Ex-Interne des hôpitaux de Lyon

Les résultats favorables obtenus à l'aide du triméthoxy-aurine (triméthoxy-dioxy-oxotritane) dans la tuberculose chirurgicale par Mathieu (*Thèse de Paris*, 1938) dans le Service du Professeur Ombrédanne, à Paris, les constatations satisfaisantes du Dr Weille (de Nancy) dans les lupus tuberculeux, du Professeur Agr. Thomas (de Nancy) en ophtalmologie, etc. (1) nous ont incité à faire l'essai de ce médicament et à publier quelques observations où l'action thérapeutique semble avoir été particulièrement efficace.

De plus — fait nouveau — deux de ces observations portent sur des tuberculoses pulmonaires. On ne voit pas bien, en effet, pourquoi le poumon échapperait à l'action du triméthoxy-dioxy-oxotritane et cette hypothèse plausible nous semble avoir reçu un début (très modeste, avouons-le-) de confirmation.

I. — M. Ch. H..., 31 ans. — Ce malade vient me voir en février 1938 pour une pleurésie gauche. Le début a été insidieux et s'est fait par un point de côté modéré suivi de fièvre à 39° et un peu de dyspnée. Mais un examen clinique plus approfondi suivi d'une radioscopie montre qu'il s'agit en réalité d'un hydro-pneumothorax spontané. Peu de toux. Ne crache pas.

Le malade est envoyé en cure sanatoriale qui donne une amélioration totale des signes généraux et, dans ces conditions, je l'autorise à aller se reposer en Savoie (au bout de deux mois de sana) ; au début de mai, rechute assez brutale, la fièvre remonte autour de 39° et — ce qui est peut-être regrettable — une pleurotomie est faite presque aussitôt.

Fin mai, je revois le malade ; l'intervention a amené la sédation des phénomènes généraux, mais il persiste une fistule pleurale.

Devant cette évolution et afin de lever tout doute sur la nature de ce pneumothorax spontané, je fais pratiquer une inoculation du pus qui tuberculise le cobaye.

Par la suite, je revois plusieurs fois ce malade qui va bien mais se plaint de la persistance de sa fistule l'obligeant à un pansement quotidien.

Au début d'août 1938, je donne du *Rubrophène* : six dragées pro-dié-intraveineuse deux fois par semaine et pommade dans le trajet fistuleux.

Le résultat est étonnant : au bout de dix jours, la sécrétion a diminué et l'on cesse la voie intraveineuse. A la fin du mois d'août la fistule est tarie. Elle ne s'est pas rouverte depuis. Si l'inoculation au cobaye n'avait pas montré la présence du BK, il est certain que l'on aurait été en droit de douter de la nature tuberculeuse de la fistule. Ce résultat m'a paru remarquable.

II. — M. L..., 28 ans. — Tuberculose pulmonaire traitée par un pneumothorax avec bon résultat. Mais lupus nasal étendu contre lequel tout a échoué. *Rubrophène* à raison de 8 dragées pro-dié et pommade localement au début de juillet 1938.

Fin août 1938, l'O. R. L. me communique qu'il y a amélioration extrêmement nette.

III. — M. Ch..., 19 ans. — Lupus du nez. 8 dragées par jours de *Rubrophène* à partir de juin 1938. Pommade localement. En août 1938, je revois le malade qui se sent beaucoup mieux mais il manque à ce moment l'examen du spécialiste.

J'apprends un an plus tard que l'examen O. R. L. a relevé une guérison totale.

IV. — M. L. G..., 34 ans. — Vient me voir pour la première fois en mars 1938. Tuberculose bilatérale, prédominante à droite BK +.

Mauvais état général. Amaigrissement et fièvre le soir à 38°5.

Je prescris le repos à la campagne, la cure et 6 dragées de *Rubrophène* pro-dié.

Revient au bout d'un mois : a pris 7 kg. n'a plus de fièvre, aspect encourageant.

Laisse passer avant de me revoir un mois et demi ; a pris encore 5 kg. Un examen de bacille se révèle négatif (avec homogénisation). Ce malade depuis cette période évolue vers la guérison probable. Chaque fois il va mieux. Il a pris du *Rubrophène* à intervalles réguliers et a tenté plusieurs fois de s'en passer. Chaque fois le poids est devenu régressif et l'appétit moindre. Chaque reprise du médicament semble avoir donné une poussée stimulante nouvelle.

Coïncidence ? possible. Mais j'avoue que les dires du malade lui-même et mes constatations permettent de dire que dans ce cas « tout s'est passé comme si » c'était le Rubrophène qui était la cause principale, en tout cas une des causes importantes d'une amélioration étonnamment rapide.

V. — M. Champ..., 50 ans. — Vient me trouver fin avril 1939. Tuberculose bilatérale des bases, pommelures disséminées. Tendance fibreuse. Ne crache pas. Dyspnée et cyanose intense. Pas de BK. Refuse absolument d'interrompre son travail. Traitement par intraveineuses de gluconate de Ca, toniques généraux et tonicardiaques. On donne du Rubrophène à raison de 6 dragées pro-dié. En trois semaines : résultats excellents. Prise de poids de 3 kg. Sensation de bien-être. Grosse amélioration de la dyspnée et de la cyanose (les tonicardiaques seuls n'avaient pas donné de résultat net pendant une quinzaine). Le malade estime que c'est le médicament qui lui a donné ces effets. Il l'interrompt quelque temps. Les forces disparaissent. Sans me demander mon avis, il reprend alors le Rubrophène, la courbe de poids et l'amélioration générale reprennent. De lui-même, il porte sa dose à 8 dragées par jour.

Radiologiquement : pas de modification (ce qui est normal, l'expérience portant sur trois mois).

De toutes ces observations il nous paraît légitime de tirer quelques conclusions :

a) Tout d'abord le triméthoxy-dioxy-oxotritane ne nous a jamais donné d'accident, même de diarrhée.

b) Dans un cas de fistule tuberculeuse et dans deux cas de lupus, les résultats confirment ce qui a été publié déjà.

(1) Sans oublier les travaux de Saïler, Lickso, Volk, etc.

c) Mais surtout, — et c'est le point sur lequel nous voudrions fixer l'attention, — dans deux cas de tuberculose pulmonaire (les deux seuls cas où nous avons ordonné le médicament) il semble que le triméthoxy-dioxy-oxotritane ait eu une action nette et heureuse. Sans doute faut-il être prudent en la matière et il est bien possible que l'évolution spontanée de ces cas ait été la même. Telle n'est cependant pas notre impression, qui n'est, répétons-le, qu'une impression et rien de plus.

Mais dans l'arsenal médicamenteux si décevant pour la tuberculose pulmonaire pourquoi ne pas tenter un produit dont la grande qualité est d'être inoffensif (grande différence à ce sujet avec les sels d'or) et d'être utilisable per os.

Tout en gardant un scepticisme d'attente, il nous paraîtrait utile de le voir prescrit plus souvent, d'une façon plus méthodique en vue de statistique. Si notre impression est fausse, tant pis : le triméthoxy-dioxy-oxotritane entrera dans la classe des nombreux médicaments tentés et abandonnés en tuberculose pulmonaire sinon, même si les résultats ne sont que partiels quelle satisfaction d'avoir essayé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 21 AOUT 1939

Sur la récente découverte d'un important gisement d'hydrocarbures dans les Petites-Pyrénées, au nord de Saint-Gaudens. — MM. Léon BERTRAND et Louis BARRABÉ.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

SÉANCE DU 9 JUIN 1939

Ce que les praticiens doivent savoir du pied bot varus équin congénital. — M. André TRÈVES rappelle que le pied, presque complètement cartilagineux à la naissance, ne s'ossifie que peu à peu. Il en résulte que le traitement sera variable suivant l'âge du malade. Les premiers mois, les manipulations correctives se feront à la main et cette correction progressive sera maintenue par les trois bandes de leucoplaste dont l'auteur a réglé la technique depuis longtemps. De un à trois ans, le redressement se fera sous anesthésie, en un ou plusieurs temps et sera le plus souvent complété par l'allongement opératoire du tendon d'Achille, très supérieure à la ténotomie. De trois à dix ans, le développement vicieux des os nécessite une intervention chirurgicale. Celles-ci consiste dans l'ablation des noyaux osseux déformés. L'auteur y a ajouté l'excision de tout le cartilage qui recouvre les os en dehors, de manière à prévenir toute récidive. Pendant la période d'immobilisation plâtrée, les os se reconstituent en bonne position. La guérison est définitive avec un pied normal et souple, les articulations étant complètement respectées. C'est le traitement de choix. Plus tard, même chez l'adulte, la correction est possible, mais au prix de tarsectomies qui laissent un pied court, massif et à mobilité plus réduite.

Ostéosynthèse et tolérance des corps métalliques ostéosynthésiques par l'organisme. — M. DUPUY DE FRENELLE apporte une série de quatorze observations pour prouver que dans les cas difficiles ou dans les fractures qui n'ont pu être réduites par les autres méthodes l'ostéosynthèse donne les résultats fonctionnels les meilleurs. Entre autres, une fracture du col du fémur a permis au blessé de devenir champion cycliste de France, puis d'Europe, tout en conservant ses trois vis. Une fracture comminutive de la diaphyse fémorale fixée par une plaque et quatre vis dont deux transdiaphysaires a permis à l'opéré de recommencer la pratique du ski. Une fracture comminutive de la tête humorale cerclée et rattachée à la diaphyse a permis à l'articulation de l'épaule de retrouver sa fonction intégrale. Deux fractures de l'olécrane vissée ont permis au coude de récupérer l'extension et la flexion complètes. Une fracture des plateaux tibiaux et de la diaphyse traitée par une vis transversale et une plaque vissée a conservée la fonction de l'articulation du genou. Deux fractures anciennes de Dupuytren vicieusement consolidées ont permis aux opérées après remise en place et vissages des malléoles de reprendre la marche primitivement impossible. L'auteur rapporte douze observations dans lesquelles le matériel ostéosynthésique métallique reste parfaitement toléré depuis onze ans, dix ans, neuf ans, huit ans, sept ans et six ans pour la plupart.

La fixation externe des fractures. — M. JUNET a appliqué cette méthode dans quarante cas environ de fractures des os longs. Dans tous les cas, les fiches ont maintenu strictement la réduction, sans le secours d'aucun appareil (pas de plâtre) ; elles ont été parfaitement tolérées, sans donner lieu à des phénomènes d'ostéite tant soit peu importante. L'auteur a appliqué avec succès la fixation externe à deux cas de fracture de jambe ouverte. Il pense que cette méthode dans les cas de fractures de guerre constituerait un appréciable progrès.

Maladie du carpe. — M. le professeur OLTRAMARE (de Genève) définit les maladies du carpe, montre leurs signes radiologiques, étudie leur tableau clinique. Elles sont en réalité dues à des pseudarthroses d'anciennes fractures et doivent être traitées comme telles.

La chirurgie de la hanche chez l'enfant. — M. André RICHARD étudie successivement le traitement chirurgical de :

1° La luxation congénitale dans les cas où la réduction orthopédique est impossible ;

2° La coxa vara de l'enfance et de l'adolescence ;

3° La coxa plaria ou ostéochondrite de la hanche ;

4° La coxalgie tant dans ses complications qu'au moment de son évolution.

Les greffes osseuses, par Fernand MASMONTEIL. — Le Dr Masmonteil précise les trois conditions mécaniques qui lui semblent indispensables pour assurer la reprise du greffon osseux dans les pseudarthroses :

1° Le greffon doit être appliqué en zone saine et, par conséquent, l'avivement doit être très étendu ;

séquent l'avivement doit être très étendu ;

2° Il doit y avoir contact très étroit entre greffon et surface à greffer ; pour cela, les deux pièces doivent être assemblées comme la marqueterie ;

3° Il doit y avoir immobilité absolue du greffon et pour cela il ne faut pas craindre d'utiliser le concours des prothèses métalliques.

Si l'on emploie du matériel qui ne se corrode pas dans l'organisme (matériel iso-homo-électrique), la tolérance des agents de prothèse est parfaite et leur ablation n'est jamais nécessaire.

SÉANCE DU 24 JUIN 1939

Appareil respiratoire à circuit fermé. — M. Ph. DALLY présente un appareil à inhalation d'oxygène qui fut d'abord conçu pour la protection contre les gaz de guerre, mais qui offre plusieurs intéressantes applications médicales. Cet appareil est à circuit fermé et met par conséquent le por-

teur à l'abri de toutes les agressions toxiques ou irritantes. Sur le plan thérapeutique, il peut servir à l'oxygénothérapie, étant beaucoup plus commode et moins dispendieux que les tentes, on peut l'utiliser en injectant dans son circuit des médicaments volatils, agissant directement sur le tissu pulmonaire, il peut enfin être utilisé pour l'anesthésie ou pour le pneumothorax.

Présentation de malades. — M. J.-E. Marcel présente :

1° Un nourrisson de 13 mois atteint de pyurie due à un mégauretère bilatérale par rétrécissement aux deux extrémités avec rein droit atrophique et rétention purulente à gauche, toutes lésions décelées par l'urographie intraveineuse, la méthode instrumentale ayant échoué. Néphrostomie bilatérale pratiquée *in extremis* par M. Boppe ; l'enfant va actuellement très bien ;

2° Une néphrolithiase bilatérale (13 calculs à droite), un calcul coraliforme à gauche avec lithiase urétérale chez un enfant de 3 ans, porteur de malformations urétérales opérées et guéries ;

3° Une maladie urétérale (neuro-musculaire) chez une jeune fille de 15 ans pyurique, néphrostomisée des deux côtés depuis quatre ans, et qui va admirablement ;

4° Une rupture traumatique de l'urètre par fracture du bassin chez un enfant de 12 ans, avec énorme décalage et fausse route du canal qu'il a opéré par un procédé atypique il y a trois ans. Le canal est actuellement calibré au Béniqué 44.

Comment établir un régime rationnel des obèses. — MM. J.-A. Huet et Guy Godlewski. — Les auteurs, à l'occasion de la présentation de leur ouvrage *Obésité-Maigreur*, préface du professeur Maranon, décrivent une méthode nouvelle de détermination de la ration calorique nécessaire à chaque individu entre le poids réel et le poids normal. Ils ont édicté une série de trente menus hebdomadaires adaptés à trente catégories allant de la grande maigreur à la grande obésité.

La curabilité des ascites cirrhotiques. — M. L. Kervarec, ayant retiré par 54 ponctions en dix-huit mois 738 litres de liquide dans un cas de cirrhose hypertrophique, a eu la surprise de ne pas voir se renouveler l'épanchement depuis neuf ans. Il envisage la fréquence de ces évolutions providentielles, leurs conditions étiologiques et biologiques et souligne l'importance du facteur primordial l'hypertrophie du parenchyme hépatique.

M. Huet. — A la suite des travaux de Pagniez, j'ai moi-même appliqué bien souvent la diathermithérapie dans les ascites cirrhotiques avec des succès variables. Le Dr Kervarec a-t-il pensé à employer la radiothérapie hypophysaire dans les cas rebelles. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer un succès retentissant de cette thérapeutique.

Orientation chirurgicale du traitement de la méningite tuberculeuse. — M. G. Rosenthal demande que le diagnostic de méningite tuberculeuse entraîne une ponction lombaire avec diagnostic bactériologique ; le lendemain une ponction lombaire avec soustraction quasitotale du liquide céphalo-rachidien, rendue possible par des injections intrarachidiennes de sérum physiologique et en cas d'atténuation temporaire qui est illusoire, mais considérable, il sera pratiqué une large craniectomie avec toute manœuvre médico-chirurgicale que les observations et l'étude médico-chirurgicale détermineront.

Les fronto-ethmoïdites latentes. — M. Houlie. — La sinusite fronto-ethmoïdal latente est très fréquente. Elle doit être systématiquement recherchée chez tous les malades qui se plaignent de la tête. La douleur à la pression au niveau du plancher du sinus frontal suffit à en affirmer l'existence. Une intervention facile s'avère très efficace.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du vendredi 2 juin 1939

A propos des occlusions intestinales post-opératoires. — M. Fernand Masmonteil étudie les occlusions post-opératoires : *immédiates* caractérisées par un ballonnement abdominal sans contractions péristaltiques et aboutissant au collapsus et à la mort en trois ou quatre jours ; *précoces*, caractérisées par un ballonnement avec contracture ; *tardives*, avec leur aspect classique.

L'auteur souligne l'intérêt de l'examen radiologique en vue d'un diagnostic précoce qui révèle la présence de niveau liquidiens, et sur lui base la thérapeutique.

Ballonnement avec niveaux liquidiens : *sans température*, lytique, *pas de température :* c'est de l'atonie, avec comme traitement : le sérum salé et la prostigmine. *Avec température :* c'est de la péritonite : drainage du foyer infecté ou temporisation.

Ballonnement avec niveaux liquidiens : *sans températures*, égale occlusion mécanique : laparatomie large avec levée de l'obstacle ; *avec température*, égale occlusion par infection agglutinative : iléostomie.

Arthroplastie du genou pour ankylose osseuse. — M. Raphaël Massart présente une malade qui, atteinte d'ankylose osseuse du genou, a recouvré *tous ses mouvements actifs* après une arthroplastie, et sans avoir jamais porté d'appareil. L'auteur insiste sur la nécessité de tailler, à la place des plateaux tibiaux, de véritables cavités pour recevoir les condyles du fémur, avec des surfaces osseuses bien adaptées, afin d'assurer un appui solide à la marche. Il estime que l'opération a toutes chances de réussite sur des malades jeunes, patients et traités à temps.

Ascite tuberculeuse épanchée sous la peau, par Mme Paule Brian-Garfield. — M. Haller rapporte une observation relative à un incident post-opératoire de ce genre. Epanchement qui s'est résorbé en quelques jours après quatre applications de rayons ultra-violets.

La membrane péricœcale et l'appendicite chronique. — M. Dupuy de Frenelle attire l'attention sur une membrane péricœcale adhérentielle richement vascularisée qui, dans certains cas, enveloppe le fonds du cœcum chez les sujets atteints d'appendicite chronique. La persistance de ce voile, facile à détacher du cœcum, peut entraîner la persistance des douleurs pour lesquelles le sujet s'est fait opérer. La disparition des couleurs cœcales qui accompagnent parfois l'appendicite chronique, suit généralement l'ablation de ce voile complétée par l'enfouissement de la paroi cœcale annexée.

Ulcère peptique perforé après gastrectomie. — M. P. Le Gac. — Un homme de 24 ans opéré il y a deux ans pour hémorragie grave par ulcère duodénal térébrant, a subi une gastrectomie large. Depuis, état général et gastrique excellent. Subitement, sans prodromes aucun, syndrome de perforation ; il s'agissait d'un ulcère peptique jéjunal perforé opéré à la 8e heure. Au lieu de se borner à faire la suture simple, gêné pour faire une recoupe de l'estomas, on pratique une section du jéjunum en aval et en amont de la bouche gastrique, et après rétablissement de la continuité, on termine pas une gastro-jéjunostomie précolique. Le malade succomba au 17e jour.

La gastrectomie ne met pas à l'abri d'ulcère peptique ; mais reste quand même le meilleur traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal. Il y a intérêt dans des cas semblables à faire l'opération minima, suture simple de la perforation, déjà laborieuse quand la gastrectomie a été large, ce qu'elle doit toujours être.

Deux observations de kyste dermoïde double de l'ovaire. — M. P. Le Gac. — Dans la première observation, il s'agissait d'une mère de quatre enfants chez laquelle la première manifestation fut une paralysie du sciatique poplité externe — avec œdème de la jambe — qui disparurent après hystérectomie et ablation de deux énormes kystes dermoïdes.

Dans la seconde, il s'agit d'une femme enceinte primipare, opérée d'ovariectomie bilatérale pour double kyste dermoïde, chez laquelle la grossesse se poursuit normalement. Le kyste dermoïde double n'empêche pas la fécondabilité, la castration n'empêche pas une grossesse de se poursuivre normalement. Les hormones folliculaires et gonadotropes seraient donc produits par le placenta.

Quelques précisions à propos des infiltrations anesthésiantes dans les entorses. — M. Etienne Bernard recherche les causes et les remèdes, ou prétendus tels, de la méthode de Leriche dans les entorses. Si l'on en croit la volumineuse littérature publiée ces dernières années, les insuccès sont exceptionnels, dans l'ensemble c'est un concert de louanges. De temps en temps toutefois, une note discordante. Les causes de ces échecs sont :

1° *Indication mal posée ;*
2° *Technique défectueuse ;*
3° *Soins post-opératoires mal compris.*

Rappelant à ce sujet les détails qu'il a déjà donnés et précisant certains d'entre eux, l'auteur conclut qu'aucune autre méthode ne donne, de manière aussi simple, des résultats aussi constants.

Séance du 16 juin 1939

Les infiltrations de novocaïne dans les entorses. — M. André Trèves a pratiqué des centaines d'infiltrations avec, en général, des résultats remarquables. Malgré une technique bien réglée et un produit qui est toujours le même, il a observé quelques rares échecs, qui ne paraissent explicables que par un comportement particulier du malade. L'auteur juge très utile d'évacuer le sang intra-articulaire, lorsqu'il est abondant. Presque toujours aussi, le sang extravasé dans le tissu cellulaire s'écoule en partie par l'orifice de ponction, une fois l'aiguille retirée ce qui hâte, conjointement avec la novocaïne, la résorption des œdèmes.

La position basse du volet dans la butée ostéoplastique de la hanche. — M. René Charry. — Dans la butée ostéoplastique de la hanche, les indications sont actuellement bien précisées et largement admises. Cependant, parfois, les résultats s'avèrent décevants. Cette déception, Charry espère qu'elle est due : au manque d'abaissement suffisant du volet iliaque, à la résorption possible de la butée, enfin aux raideurs articulaires et aux déficiences musculaires qui compromettent un résultat qui, anatomiquement, devrait être bon. A chacun de ces cas, Charry pense que l'on peut parer. Il expose sa technique personnelle pour le prélèvement d'un volet aisément abaissable qui emporte une part du cotyle largement disséqué. Il insiste sur la nécessité de prélever un volet étoffé, de bien garnir la brèche créée par son prélèvement, de matériel osseux, enfin sur les soins post-opératoires minutieux, mais simples, qui assureront à une butée correctement placée un résultat excellent.

Une observation de tumeur bénigne de l'estomac (myome). — M. G. Luquet fait un rapport sur un cas de cette affection apporté par M. H. Milniet et observé chez un homme de 30 ans. Le diagnostic en avait été pratiquement fait en se basant sur les caractères cliniques et l'examen radiologique (courbure intacte, lacune centrale se déplaçant suivant la position du sujet). A l'intervention, l'opérateur a trouvé une tumeur lisse, pédiculée qu'il s'est contenté d'enlever en réséquant un fragment de la paroi gastrique antérieure au niveau du point d'implantation. Il s'agissait d'un myome sans traces de dégénérescence, forme histologique assez rare.

Lymphangiome kystique du grand épiploon. — MM. Masmonteil, de Parades, J. Vautier rapportent une observation de lymphangiome kystique du grand épiploon, qui, traité par l'exérèse, a guéri complètement sans complications. Une soixantaine d'observations ont été publiées jusqu'ici et chaque fois les diagnostics les plus divers ont été portés, comme dans le cas particulier : péritonite tuberculeuse ou syphilitique, kyste de l'ovaire, kyste du foie, kyste du mésentère, hydronéphrose, mégacôlon, carcinose péritonéale autour d'un testicule en ectopie. La laparotomie exploratrice a l'avantage non seulement de faire préciser le diagnostic, mais surtout de permettre d'obtenir la guérison du malade.

Un cas de volvulus de l'épiploon. — M. René Bonamy présente une pièce provenant d'une opération faite pour appendicite aiguë chez un homme atteint de douleurs violentes abdominales de la fosse iliaque droite. Il s'agissait d'un volvulus avec infarctus de toute la portion droite du grand épiploon tordu 3 ou 4 fois sur lui-même, sans connexion avec aucun organe malade du voisinage. Résection. Guérison.

Cinq cas de cancer de l'urètre féminin. — M. Lavenant. — Le diagnostic de l'urètre féminin est fait trop tardivement pour qu'on puisse le plus souvent déterminer le point de départ exact sur la muqueuse. Aussi, si l'on a pu invoquer la transformation maligne des polypes, des papillomes, ou pseudo-polypes et, en général, des lésions si fréquentes du méat, en particulier après la ménopause, il semble bien que dans le plus grand nombre de cas la malignité existe d'emblée. Un traitement mal conduit ou insuffisant peut, par son irritation, ou bien provoquer la transformation ou accélérer la malignité de l'affection. Le pronostic est assez sombre puisque, sur 5 cas, il y a eu une mort par cachexie, deux par généralisation (métastases pulmonaires), une guérison par excision, une par fulguration. On aura recours, suivant les cas, soit à l'électrocoagulation, soit à l'exérèse large, soit au radium.

Séance du 7 juillet 1939

Phlébite post-puerpérale et thérapeutique des infections, par M. Chatenay (de Lourdes), rapport de M. Pierre Duhail. — Il s'agit d'une jeune femme primipare de 19 ans, qui, à la suite d'un accouchement gémellaire fait une hémorragie grave avec rétention placentaire complète. La délivrance artificielle tarit l'hémorragie et une transfusion de 300 grammes remonte la malade. Malgré cela, la température monte en lysis pour atteindre 39° le quatrième jour, le pouls est à 120. On met en œuvre un traitement anti-infectieux intensif : abcès de fixation qui prend précocement, transfusion sanguine les quatrième, sixième et dixième jour après l'accouchement : sulfamides, acide nucléinique, venin de crapaud. L'hémoculture a toujours été négative. L'infection semble être jugulée lorsque le vingt et unième jour, la malade fait une embolie pulmonaire. La thérapeutique antiinfectieuse est reprise; le trente-septième jour après l'accouchement, on peut considérer la malade comme convalescente.

Rétention d'urine par rétroversion d'un utérus ni fibromateux, ni gravide, par Mme Paule Brian-Garfield (de Paris), rapport de M. Roulland. — L'auteur envoie l'observation d'une femme atteinte brusquement de rétention

d'urine. A l'examen, elle trouve une rétroversion utérine mobile. Après quelques jours de sondage, elle fait une ligamentopexie par le procédé de Doléris et obtient une guérison définitive. Le rapporteur, M. Roulland, rappelle le mécanisme de ces rétentions par compression du col dans les rétroversions. Elles surviennent, d'ailleurs, chez les nerveuses prédisposées.

Un curieux cas d'occlusion intestinale. — M. Jean Armingeat a observé un cas d'occlusion de l'intestin grêle extrêmement curieux. Intervenant chez une malade en occlusion depuis trois jours, et qui avait subi, en d'autres mains, une cholécystectomie avec appendicectomie quatre mois plus tôt, il trouva, outre une agglutination organisée d'anses grêles au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal, un étranglement siégeant à 40 centimètres environ de l'angle iléocœcal. L'agent d'étranglement était constitué par un cordon arrondi et sphacélé qui, à un examen attentif, ne pouvait être que l'appendicite, enlevé quatre mois plus tôt. L'auteur pense que cet appendice, enlevé par voie épigastrique (opération souvent très difficile), a pu être oublié dans le ventre par inadvertance, ou plus probablement en raison d'une poussée abdominale déplaçant les champs. S'étant greffé sur le péritoine et sur l'intestin qu'il rétrécissait, et ne se nourrissant que de façon très précaire, il dut se gangréner au moment où l'intestin progressivement distendu supprima de ce fait sa vascularisation en fait très minime auparavant.

Quelques cas d'os tibial externe. — M. Roederer présente deux cas d'os tibial externe, les uns typiques, les autres larvés, dont plusieurs n'avaient pas d'histoire et furent découverts par hasard. Il rappelle les discussions relatives à la présence de cet os et de coïncidence de pied plat. Il montre que très souvent, en cas d'os tibial externe le scaphoïde est hypertrophié. Une de ces observations se rapporte à une épiphysite de l'os tibial externe chez une fillette de 9 ans et un autre à une arthrite de l'articulation de cet osselet avec le scaphoïde.

Lithiase du cholédoque et anastomoses biliodigestives. — M. P. Le Gac. — Est-ce être retardataire que de traiter les lithiases cholérociennes par la cholédocotomie suivie d'un drainage au drain de Kehr (avec ou sans cholécystostomie préalable) après extraction des calculs et vérification de la perméabilité du cholédoque ? Ce traitement a fait ses preuves. L'ictérique est un malade fragile avec lequel on ne saurait être trop prudent. Restons fidèles à cette méthode. L'anastomose biliodigestive (choledoco-duodénostomie) ne paraît pas de mise dans la lithiase. Elle doit être réservée au cas d'occlusion définitive du cholédoque et encore dans les cas où la vésicule petite scléro-atrophique ne se prête pas à l'opération plus simple qu'est la cholécysto-entérostomie. Dans un cas récent de lithiase avec pancréatite obstruant le cholédoque et vésicule petite, la cholédoco-duodénostomie, termino latérale, suivie de gastro-entérostomie a donné un résultat excellent.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

Séance du 14 juin 1939

Nouvelles formules et nouvelle technique pour le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes. — M. André Lutier signale que la formule courante permet d'utiliser sans douleur de l'alcool à 76° avec addition de 10 % de chlorhydrate de quinine et de 5 % d'uréthane, de 1 % de paraamino-benzoate d'éthyle et de paraamino-benzoate de buthyle ; une seconde formule identique, sauf l'absence de quinine et d'uréthane, permettant l'emploi de la méthode chez les intolérants à la quinine, les sujets fatigués ou tarés. La technique permet plusieurs piqûres à chaque séance, quelques gouttes en chaque point, et permet la guérison, sans réaction inflammatoire et sans un trop long traitement, d'hémorroïdes tumorales ou procidentes, réductibles ou irréductibles. Traitement essentiellement ambulatoire.

Ce que l'on peut demander aux injections sclérosantes. — M. Filderman résume les résultats d'une pratique de vingt années des injections sclérosantes dans les varices, les hémorroïdes, les angiomes congénitaux, les varicocèles et les goîtres. Il applique la méthode à toutes les variétés de phlébectasies sans rencontrer pratiquement de contre-indications. Il a traité les varices des femmes enceintes, même du neuvième mois, même les varices vulvaires, les hémorroïdes internes et externes, prolabées ou non. Il a traité avec succès constant les anciens phlébitiques une année après la phlébite pour le membre atteint. Il traite les varices du membre opposé des phlébitiques en évitant le déplacement du malade. Il traite de la même façon les goîtres excepté les adénomes malins. L'auteur donne les détails des techniques qu'il emploie, techniques appelées à se généraliser, car elles ne demandent pas une spécialisation véritable.

La limitation de l'expansion thoracique par la compression méthodique du thorax (présentation d'appareil). — M. J.-C. Bayle expose ses essais de limitation de l'expansion pulmonaire inspiratoire (mesurée au spiromètre) par la compression méthodique du thorax contrôlée au manomètre.

Il présente un bandage construit sur ces données et qui pourrait, en assurant le repos des poumons, remplir le rôle du pneumothorax quand ce dernier est contre-indiqué ou impossible.

Influence favorable de pneumothorax sans insufflation. — Contrôle par la tomographie. — M. Georges Rosenthal a étudié de nombreux cas d'amélioration de tuberculeux, alors que les insufflations n'étaient pas pénétrantes et qu'aucun décollement n'était survenu. Il présente un cas avec gain rapide de près de 10 kilos et contrôle de la négativité des insufflations par la tomographie de Bocage.

Traitement des algies des amputés par la vitamine B. — M. A Slosberg se base sur une expérience concernant une centaine de cas d'amputés présentant des algies et traitées par la Vitamine B_1 à la dose journalière de 1 centigramme. Tous les phénomènes douloureux s'amendent très rapidement dans une très grande proportion des cas, en même temps que s'améliorent les troubles de l'état général fréquemment présentés par les amputés qui souffrent ; à l'examen, on constate souvent un réchauffement du moignon et une diminution de la cyanose.

Sur un nouveau mode d'administration de la phényléthylmalonylurée : l'injection intramusculaire de sa solution huileuse réalisant l'imprégnation continue de l'organisme. — M. Boltansky a obtenu dans un certain nombre de cas de meilleurs résultats en utilisant la phényléthylmalonylurée en solution huileuse.

Arthropathie de la hanche et sérum éparathyroïdien. — MM. G. Parturier et Strosberg ont pu, grâce au sérum éparathyroïdien obtenir une amélioration importante d'une arthropathie de la hanche chez un malade de 33 ans ayant eu tous les traitements physiothérapiques ou autres, sans succès.

Note sur les propriétés thérapeutiques du tribromométaxylénol. — MM. Duboc et G. Blanchon ont entrepris l'étude des applications thérapeutiques du tribromométaxy-

lénol et présentent quelques observations de tuberculose rénale inopérable traitée avec succès par ce composé. Sous son influence, ils ont observé l'amélioration de l'état général, la disparition rapide de la cystite et des bacilles dans l'urine, la guérison des malades traités persistant sans rechute depuis plusieurs années.

La séance solennelle de la Société est fixée au 18 octobre 1939.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE

Séance du 8 juin 1939

Appareil pour la récolte et l'ampoulage anaériques du sang conservé. — MM. Jame et Jaulmes présentent un appareil pour la récolte et l'ampoulage anaériques du sang conservé. Ce dispositif, simple et peu coûteux, s'inspire à la fois des procédés Jeanneney et Fischer. Il assure la circulation du sang en circuit fermé, la filtration avant la mise en conserve, le remplissage total des ampoules de façon à éviter les effets d'une agitation excessive au cours du transport.

Pleurothoraco-pleurectomie pour tuberculose pleurale. — MM. Dubau, Aujaleu et Bolot.

Corps étrangers des voies digestives. — M. Dubau.

Phlegmon périnéphrétique à forme chronique. — M. Baudet.

Hypertrophies simples du demi-membraneux simulant le kyste du creux poplité. — MM. Solier et Dejou.

Quelques commentaires à propos de huit nouveaux cas de primo-infection tuberculeuse de l'adulte observés en milieu militaire. — MM. F. Meersseman, A. Camelin et M. Dicharry.

Le devenir des images pulmonaires « douteuses » révélées par l'examen radiologique systématique. — Commentaires à propos de 113 observations personnelles. — M. F. Meersseman.

Un cas de poliomyélite consécutif à une injection de vaccin associé (T. A. B. + anatoxine diphtérique). — MM. Mazel, Meersseman, Camelin et Guibert.

Dermites causées par le « cuir » du casque. — MM. de Bernard, A. Morel et Ch. Grupper rapportent deux observations de dermites artificielles à type érythémato-vésiculeux, accompagnés de prurit et d'infiltration œdémateuse.

Dans les deux cas, il s'agissait d'un cuir jaune clair, dont le colorant, soluble dans l'alcool à 90°, contenait un ocre de fer.

Pneumonie traumatique. — MM. Lieux et Crosnier relatent l'observation d'une pneumonie traumatique consécutive à un traumatisme lombo-costal, ayant amené une déchirure de la rate. Moins de quarante-huit heures après l'accident et la splénectomie, le blessé mourait d'une pneumonie double généralisée, à évolution foudroyante et massive.

Syndrome abdominal aigu par torsion progressive d'un lipome épiploïque. — MM. Guillermo et Dupuy.

Au sujet des risques encourus dans la mobilisation des entorses sans novocaïnisation. — M. Houot.

Comment associer deux appareils de Thomas Lardennois, pour obvier à une pénurie d'appareils universels pour membres inférieurs. — Résultats obtenus. — MM. Dosdat et Houot.

LIVRES NOUVEAUX

Le cytodiagnostic des cancers (sa valeur pratique), par le Dr Etienne Cohen-Solal. — Ferraris, libraire, 43, rue Michelet, Alger.

L'étude histophysiologique de la cellule cancéreuse met en valeur un certain nombre de caractères tels qu'anomalies de structure des noyaux, des nucléoles, irrégularité de forme, de dimensions du corps cellulaire lui-même, présence de glycogène et de mucine dans les cytoplasmes. Ces caractères considérés dans leur ensemble témoignent cependant en faveur d'une malignité certaine.

Dans de telles conditions, le cytodiagnostic d'un prélèvement est fort simple et fort concluant. L'examen montre notamment l'aspect caractéristique d'éléments particuliers qui n'ont qu'une raison pathologique — cancéreuse — de se trouver dans l'organe qui a été ponctionné, par exemple, des cellules épithéliales ou glandulaires dans un ganglion ou dans un os.

Les techniques du cytodiagnostic sont simples et rapides, souvent il suffit de pratiquer simplement un « hémalun-éosine ». Plus rarement, on doit recourir à d'autres colorations : la supravitale de Quensel, le carmin de Best, le giemsa ou la fuschine d'Altmann.

En outre des résultats obtenus par certains auteurs, nous rapportons ceux de nombreux cytodiagnostics que nous avons pratiqués depuis plus de trois ans.

Les uns ont été faits sur pièces opératoires de façon à connaître et apprécier les possibilités de la méthode. Le plus grand nombre ont été des prélèvements pratiqués sur le vivant dans un but, non pas de recherches, mais de diagnostic.

Bien plus, dans une dizaine de cas, nous avons pu, par simple examen cytologique, rejeter un diagnostic clinique de cancer qui avait toutes les raisons d'être posé, affirmant le caractère bénin ou inflammatoire de la lésion envisagée. Dans chacun de ces cas, respectivement, la biopsie a encore confirmé le cytodiagnostic.

Nous pouvons donc affirmer que le cytodiagnostic est une méthode précieuse. Il ne saurait certes faire oublier la biopsie, mais, à côté de celle-ci, il est capable de rendre de notables services à la clinique journalière.

Cette méthode, peu connue en France, ou tout au moins, mal vulgarisée, a une valeur telle que l'on est en droit de regretter pareil dédain de la pratique courante.

Nous pensons que sa vulgarisation s'impose.

Galvani et le galvanisme. L'électricité animale, par le Docteur Marc Sirol. (Travail du service d'électrocadiologie de l'Hôpital de Pitié. Dr Delherme.) Paris, Vigot Frères 1939.

De récentes fêtes commémoratives ont rappelé l'attention sur Galvani dont les magnifiques découvertes ne sont rien de moins que le point de départ de l'électrophysiologie et par là de l'électrothérapie et de l'électrobiologie modernes dont on peut penser malgré toutes les conquêtes récentes qu'elles n'en sont encore qu'aux promesses.

Un tel ouvrage vient donc à son heure; étude biographique, exposé et critique des travaux de Galvani et des conceptions et travaux qui en sont issus, traduction même d'importants passages, cette très importante et très intéressante étude dépasse son sujet et par sa conception empiète sur le domaine le plus général de la logique scientifique, et de la critique expérimentale. D'une lecture attachante il aidera le spécialiste à se rattacher à des traditions fécondes et ouvrira au médecin non spécialiste un large champ à la méditation.

L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

AMIBIASE INTESTINALE

C'est l'infection du recto-côlon par l'amibe dysentérique.

Maladie jadis presque exclusivement coloniale, les nombreux cas observés en France depuis la guerre en ont fait évoluer la conception, et on la considère actuellement essentiellement comme une *maladie chronique, parfois entrecoupée de poussées aiguës ou subaiguës.*

Plusieurs caractères l'individualisent cliniquement.

1° L'extrême fréquence des formes frustes, camouflées, sans syndrome dysentérique franc, contrairement à la dysenterie bacillaire;

2° La fréquence de ses séquelles intestinales;

3° La possibilité de sa complication très spéciale : l'*hépatite amibienne;*

4° Enfin la notion d'un traitement spécifique : *association émétino-arsenicale*, qui en a transformé le pronostic.

Etude clinique. — On aura essentiellement en vue les formes communément observées sous nos climats.

I. — Modes de début.

A. Il est le plus souvent *insidieux*, précédé par :

Des troubles de l'état général : asthénie-amaigrissement.

Des troubles intestinaux, surtout :

— Type d'embarras gastro-intestinal, avec selles plus fréquentes et plus pâteuses que d'ordinaire;

— *Sans fièvre.*

B. Il est cependant parfois d'emblée *aigu*, assez analogue alors au tableau d'une dysenterie bacillaire, bien que moins intense, avec :

— Des douleurs à type coliques;

— Du ténesme;

— Des selles d'aspect spécial, non fécales;

— Une légère ascension thermique.

II. — Aspects évolutifs.

A. *La dysenterie amibienne aiguë* est la forme classique, autrefois seule connue.

C'est le type de la dysenterie coloniale qui habituellement, sert de prologue bruyant et significatif aux troubles intestinaux chroniques des coloniaux.

Elle est assez rare dans les formes autochtones.

Cliniquement, elle est résumée par les éléments du *syndrome dysentérique*, avec :

Les douleurs : abdominales sur le trajet du cadre colique, à types de coliques expulsives intermittentes provoquant le besoin irrésistible d'expulsion, ce sont les *épreintes* souvent sans effet.

Le ténesme qui persiste dans l'intervalle des crises douloureuses, sous forme de contractions douloureuses du sphincter, sensation de corps étranger intrarectal, besoin incessant d'aller à la selle, et plus les efforts sont violents, moins la défécation est considérable.

Les selles. Leur caractère majeur, est qu'elles ne contiennent aucune matière fécale, mais des exsudats inflammatoires provenant du gros intestin, et qui peuvent être *muqueux*, aspect de véritables crachats intestinaux ou *membraneux.*

Le plus souvent ces exsudats sont rejetés au milieu d'un liquide *séreux* qui est souvent *séro-sanglant*, quelquefois franchement hémorragique.

L'*abondance* de ces selles est variable : en moyenne 20, 25 selles dans la journée pendant cette période aiguë.

Enfin, fait capital, *ces selles fourmillent d'amibes* lorsqu'on les examine au microscope.

Durant cette phase aiguë : le malade est pâle, son abdomen est rétracté et uniformément douloureux. Dans certains cas on peut sentir dans la fosse iliaque gauche un boudin colique très douloureux.

Mais, malgré pâleur et asthénie, *fièvre reste modérée.*

Evolution.

La D. A. en phase aiguë n'a pratiquement jamais la gravité que revêt quelquefois la D. bacillaire en période épidémique et de fait :

1° *Les cas graves* sont l'exception : qui se terminent rapidement par la mort, les signes de déshydratation aiguë étant les plus frappants au milieu d'un état général grave.

A l'opposé :

2° *Les cas légers*, capables de guérir rapidement, même sans traitement en quelques jours, existent, sans être les plus fréquents. Ils peuvent d'ailleurs, aussi bénins soient-ils, être l'amorce de formes chroniques.

3° *Les cas moyens* sont les plus courants : ils ne s'amendent qu'au bout d'une dizaine de jours, parfois plus, après quelques alternatives d'amélioration et de reprise.

Le traitement émétino-arsenical mis en œuvre doit être surveillé de très près. Guetter l'apparition des petits signes d'intolérance : vertiges, frilosité, tachycardie et baisse de la tension artérielle, abolition des réflexes surtout.

Les douleurs coliques et le ténesme sont les premiers symptômes à disparaître; le signe le plus sûr de l'amélioration est la réapparition de selles *fécales.* Mais pendant longtemps, et avant la réapparition de selles moulées normales, le malade aura 3 ou 4 selles quotidiennes abondantes, pâteuses et surtout *vernissées*, témoins de la colite muqueuse résiduelle.

L'évolution ultérieure est dominée par la tendance naturelle de l'amibiase à *passer à l'état chronique :* en effet, soit que le traitement d'attaque ait été insuffisant, soit même qu'il ait été appliqué de façon correcte, c'est là l'éventualité habituelle, d'où découle une conduite thérapeutique : poursuivre le traitement émétinien.

La *guérison complète* est dans tous les cas difficile à affirmer, car on connaît d'une part des cas longtemps silencieux susceptibles de récidiver à très longues échéances, d'autre part des séquelles *non amibiennes* intestinales qui découlent cependant du parasitisme.

B. *La D. A. à signes intestinaux frustes.*

Il est, en effet, très fréquent que l'infestation amibienne ne se manifeste pas, au début ou en cours d'évolution, par un syndrome dysentérique aigu typique — mais se masque sous l'aspect trompeur d'une *gastro-entérite* à aspect banal de diarrhée estivale : des coliques, des selles fécales diarrhéiques, granuleuses ou glaireuses, un état subfébrile durant quelques jours.

C'est seul *l'examen des selles systématiques* qui empêche de les méconnaître. Il faut savoir que sous nos climats, ces formes atténuées et frustes sont fréquentes. D'où l'importance de les connaître, pour rattacher à leur vraie cause les manifestations intestinales — ou autres — ultérieures.

C. *L'amibiase intestinale chronique.*

Quelle qu'ait été la première manifestation : syndrome dysentérique aigu ou état intestinal de gastro-entérite, le caractère essentiel de l'amibiase intestinale est de passer à la chronicité, surtout si elle a été méconnue ou insuffisamment traitée à ses débuts. C'est là l'essentiel de la maladie, qui évolue ainsi à très longues échéances, faite de période de calme — ou d'accalmie avec cependant persistance de quelques troubles intestinaux — et de poussées aiguës, typiques ou frustes.

(A suivre.) Le Sueur.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 74. — SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Défense passive.

La protection des enfants et la guerre chimique. L'entraînement des tout-petits au port du masque, par le Médecin Général COT et le Médecin Capitaine GENAUD.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Société de Neurologie.

Livres nouveaux.

Revue des Thèses.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Sont supprimés ou vont l'être, les services de chirurgie dans les hôpitaux suivants :

Pitié, Cochin, Necker, Ambroise-Paré, Petits-Ménages, Trousseau, Bretonneau, Ivry et Saint-Louis (enfants).

Hôpital de Vannes. — Un concours pour deux emplois de médecin adjoint à l'hôpital mixte de Vannes s'ouvrira à la Faculté de Médecine de Paris, le lundi 23 octobre 1939, à 9 heures du matin. Ne pourront être admis à ce concours que les docteurs en médecine français munis du diplôme d'Etat.

Inscription, avant le 7 octobre, au bureau du secrétaire de la Commission administrative des hôpitaux de Vannes.

Hôpitaux psychiatriques. — M. le Dr Leconte, reçu au concours des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommé médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Mareville (Meurthe-et-Moselle), en remplacement de M. le Dr Aubry, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Mme le Dr Leconte, reçue au concours des hôpitaux psychiatriques en 1938, a été nommée médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle), en remplacement de M. le Dr Hedouin, affecté à l'hôpital psychiatrique du Mans.

M. le Dr Mathon, reçu au concours des hôpitaux psychiatriques en 1939, est nommé médecin chef de service à l'asile privée faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, en remplacement de M. le Dr Devay, atteint par la limite d'âge.

L'hôpital américain de Neuilly, que dirige le Dr Gros, et dont notre ami, le Dr Thierry de Martel, est l'un des collaborateurs, vient de mettre ses 500 lits à la disposition des blessés français. Une annexe d'Etretat permettra en outre d'accueillir 1.500 blessés.

Faculté de Médecine de Marseille. — CONCOURS DU CLINICAT. — Ont été nommés chefs de clinique :

Pathologie exotique (Prof. Piéri), M. Florry ; adj., M. Aubanel.

Dermatologie (Prof. Vigne), M. Jean Bonnet.

Chirurgie (Prof. Violle), M. Escarras ; adj., M. Granjon.

Guerre. — Sont promus au grade de médecin général, les médecins colonels Bodet, Fulgrand, Cordel et Théron.

M. le médecin général Pheulpin est placé dans la 2e section (réserve du corps de santé militaire).

— Par un décret en date du 5 septembre 1939, sont nommés à la date du 24 août 1939, au grade de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales, pour prendre rang du 31 décembre 1938 (sans rappel de solde), les élèves du Service de Santé de la marine et des colonies, reçus docteurs en médecine en 1939 et versés dans le Service de Santé des troupes coloniales dont les noms suivent :

MM. Allin (15e région), Auffret (15e région), Bederede (18e région), Bermond (18e région), Boidard (15e région), Bois (15e région), Boulesteix (15e région), Camain (15e région), Connaud (18e région), Denis (18e région), Guérin (15e région), Hautin (15e région), Jacques (18e région), Joncour (15e région), Lahitte (18e région), Le Guenedal (15e

région), Le Poncin (15e région), Malaspina (15e région), Martin (15e région), Nicolas (15e région), Philibert (18e région), Prudhomme (15e région), Rigollet (15e région), Rondet (18e région), Rouan (18e région), Rual (15e région), Tessier (18e région), Vergez (18e région).

Par le même décret, ces officiers sont promus au grade de médecin lieutenant, pour prendre rang (sans rappel de solde) du 31 décembre 1938).

Inspecteurs départementaux d'hygiène. — Par arrêté du ministre de la Santé Publique en date du 24 août 1939, M. le Dr Berger, directeur du Bureau municipal d'hygiène du Mans, a été nommé inspecteur départemental d'hygiène du Doubs.

Académie de Chirurgie. — M. le professeur Antonin Gosset, membre de l'Institut, vient d'écrire au président de l'Académie de Chirurgie pour lui demander que l'Académie siège pendant la durée de la guerre, comme en 1914. Il rappelle les services rendus par l'Académie (alors Société Nationale de Chirurgie) pendant les dernières hostilités.

Il espère que la *conférence interalliée* qui évita alors tant de tâtonnements sera de nouveau réalisée.

— L'Académie de Chirurgie reprendra ses séances à son siège habituel, 12, rue de Seine, le mercredi 20 septembre, à 15 h. 30. Son bureau provisoire est constitué de la manière suivante : *président* : M. Hartmann ; *secrétaire général* : M. Mondor ; *secrétaire des séances* : M. Houdard. Elle siègera au début tous les quinze jours.

Rentrée de l'Académie de Médecine. — L'Académie ne siégeant pas normalement avant octobre, c'est autour de la Commission dite des vacances que s'était concentrée jusqu'ici l'activité de la compagnie.

Devant la gravité de la situation, l'Académie a tenu mardi une séance ordinaire sous la présidence de M. Louis Martin. Beaucoup de membres étaient présents.

M. Louis Martin, en ouvrant la séance, montra le rôle que l'Académie se doit de jouer pour coordonner et diriger les efforts de nos confrères mobilisés. Un échange de vues eut lieu aussitôt entre MM. Gosset, Lenormant, Laignel-Lavastine, Maurice Chevassu, Pierre Duval sur la question des évacuations.

MM. Rist et Fernand Bezançon attirèrent l'attention de leurs collègues sur la nécessité de réorganiser les différents services de phtisiologie. On sait que le professeur F. Bezançon vient d'être chargé par le ministre de la Santé Publique de reconstituer le Comité national de défense contre la tuberculose.

Enfin, MM. Rist, Chevassu, Pierre Duval, Tanon et quelques collègues prirent la parole au sujet des cliniques et des maisons de santé dont beaucoup sont actuellement fermées.

M. Tanon indiqua que leur réouverture et leur utilisation sont du ressort du Service de Santé militaire.

L'Académie reprendra ses séances ordinaires mardi prochain.

Un appel aux malades atteints de tuberculose pulmonaire. Le ministère de la Santé Publique communique :

Le ministre de la Santé Publique adresse un pressant appel aux malades atteints de tuberculose pulmonaire de forme contagieuse et récemment évacués de sanatorium, pour qu'ils se mettent immédiatement en rapport avec le dispensaire antituberculeux le plus proche de leur résidence.

L'adresse leur en sera donnée par les préfectures ou par les sous-préfectures.

Le ministre insiste auprès d'eux pour qu'ils évitent de vivre avec les enfants qu'ils risqueraient de contaminer.

Les dispensaires antituberculeux et antivénériens fonctionnent normalement. — Le ministère de la Santé Publique communique :

Le ministre de la Santé Publique tient à informer la population que tous les services et institutions s'occupent de la protection de l'enfance, que tous les dispensaires antituberculeux et antivénériens, ainsi que les centres de lutte contre le cancer continuent à fonctionner

En outre, toutes mesures seront prises pour que leur action soit immédiatement renforcée.

Rappel aux donneurs de sang. — Le ministère de la Santé Publique communique :

Le ministre de la Santé Publique fait appel aux personnes susceptibles d'être utilisées comme donneurs de sang.

Se mettre à la disposition du Centre national de transfusion sanguine installé à l'hôpital Saint-Antoine (rue du Faubourg-Saint-Antoine, à Paris).

Tous renseignements concernant les conditions de ce concours seront fournis par ledit Centre.

La protection sanitaire des réfugiés et évacués. — Le ministre de la Santé publique communique :

Les femmes médecins et les médecins libérés de toutes obligations militaires qui accepteraient d'apporter leur collaboration aux services de protection sanitaire des populations réfugiées dans les départements d'accueil, sont priés d'adresser au ministère de la Santé publique (service de la Défense nationale), 7, rue de Tilsitt, à Paris, leurs noms et adresses, ainsi que l'indication de leurs principaux titres.

Cet appel s'adresse plus particulièrement :

1° Aux médecins hygiénistes diplômés d'hygiène, etc..., susceptibles d'exercer des fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène ou de directeur de bureau d'hygiène ;

2° Aux médecins qualifiés en phtisiologie ou en syphiligraphie, susceptibles d'exercer des fonctions de médecins de dispensaires antituberculeux ou antivénériens ;

Aux médecins qualifiés en obstétrique ou pédiatrie, etc., ayant assuré un service dans un organisme de protection maternelle et infantile ;

4° Enfin, aux médecins ayant passé le concours de médecin des asiles publics d'aliénés.

Nécrologie

Nous apprenons avec peine la mort du Dr Guinard, médecin-chef du sanatorium de Bligny et du préventorium franco-britannique de Sillery.

Le Dr R. Martine, médecin de l'hôpital Saint-Joseph à Lyon.

Le Dr H. Binget, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Lyon.

LA PROTECTION DES ENFANTS ET LA GUERRE CHIMIQUE

L'entraînement des tout-petits au port du masque

Par le Médecin Général Cot
et le Médecin Capitaine Genaud, docteur ès sciences

Le problème de la protection des enfants en cas d'attaque aérienne de la cité est malheureusement, comme tous les problèmes de protection individuelle ou collective, un problème d'une actualité évidente.

Il fait partie intégrante de la réaction d'ensemble qui s'impose vis-à-vis de l'attaque aérienne probable à laquelle seront soumises les cités modernes, plus ou moins sensibilisées du fait de leur importance industrielle, stratégique, économique...

Malgré l'urgence qu'il y aurait à essayer de le résoudre, il faut bien avouer que jusqu'à ces derniers temps, il n'a retenu qu'insuffisamment l'attention des spécialistes en matière de défense passive.

A ce propos, on nous pardonnera de signaler, en passant, que l'un de nous a publié, dès novembre 1935, — en collaboration avec le professeur Tanon — la première étude parue en France sur cette question (1).

Dès cette époque, ces auteurs insistaient sur l'urgence qu'il y avait à hâter la solution de ce problème en indiquant combien nombreuses étaient les demandes que des chefs de famille posaient quotidiennement aux autorités responsables.

Nous désirons dans cet exposé rappeler dans leurs grandes lignes les trois chapitres qu'il est classique d'envisager en cette matière, et insister plus particulièrement en terminant sur le nouveau procédé que nous préconisons pour *l'entraînement* des tout-petits au port du masque.

I. — La protection de la première enfance

Dans une conférence publiée récemment (2), l'un de nous a indiqué tout au long quelles étaient les conditions que devaient remplir les appareils de protection destinés aux enfants de moins de 3 ans. Nous ne pouvons que les rappeler ici rapidement.

Et d'abord, il y a nécessité absolue de recourir pour les tout-petits à des appareils, différents dans leurs principes, de ceux du « masque classique ». Il est inutile d'insister sur les raisons qui commandent cet état de fait. Personne n'ignore combien, en temps normal, le moindre caprice rend congestifs ou même cyanotiques, beaucoup de jeunes sujets de moins de 3 ans, combien également est abondante la salivation, et combien fréquents sont les vomissements et les régurgitations qui accompagnent ces crises, et par suite combien il serait dangereux de recourir à un masque *facial* du type habituel, dont les soupapes d'expiration et d'inspiration arriveraient très rapidement à s'obturer.

Au surplus, rien ne permet d'affirmer *a priori* que les muscles respiratoires du nourrisson seraient suffisants pour assurer l'aspiration de l'air à travers la cartouche.

Les difficultés insurmontables auxquelles on se heurterait dans ces cas pour obtenir le port correct et prolongé du masque, obligent à recourir à une sorte d'abri en miniature, d'abri portatif, pour la réalisation duquel, on doit appliquer les mêmes règles que celles qui s'imposent pour assurer le maintien de la vie en *milieu étanche*.

Lorsqu'il s'agit d'un abri collectif ordinaire, la réalisation du *milieu surpressé* apparaît à l'heure actuelle comme offrant le maximum de sécurité. Le *milieu confiné*, préconisé il y a encore quelques années, est de plus en plus abandonné, et, si on y a recours encore, il est nécessaire de le « moderniser » en le complétant par des réserves d'air comprimé.

En ce qui concerne l'abri portatif, il est pratiquement irréalisable pour de multiples raisons. Seul *le milieu surpressé* peut donner toute sécurité ; il permet même de pallier à l'insuffisance de l'étanchéité des matériaux à l'usage.

De plus, le fait que le confort du jeune enfant exige un large balayage d'air rend difficile, sinon impossible l'emploi de l'alimentation par *réserves d'air comprimé*.

En effet, le poids des récipients métalliques d'air comprimé à 200 kilos d'une capacité (suffisants pour assurer pendant au moins une heure le débit d'air nécessaire) ajouté au poids de l'enfant et du dispositif lui-même, rendrait rapidement l'ensemble intransportable. C'est pour cette raison d'ailleurs que les dispositifs destinés aux tout-petits ,ne devraient pas à vide atteindre un poids supérieur à 12 ou 13 kilogrammes, représentant la charge maximum que l'on peut imposer à la mère.

Pour ces diverses raisons, on devra réaliser *le milieu surpressé* en recourant à une alimentation par l'air filtré. C'est elle qui est la plus facile à obtenir et aussi celle qui peut permettre d'arriver à des prix de revient les plus abordables.

Le plus généralement, on utilise des moyens très simples pour obtenir la filtration de l'air à travers la cartouche : des soufflets de forme variable, des ventilateurs de divers types, des pompes à double effet, des dispositifs automatiques basés sur le principe des injecteurs fonctionnant par fluide comprimé, etc...

Parmi ceux-ci, quelques-uns présentent l'inconvénient non négligeable de ne pas assurer à l'intérieur de l'abri le *minimum de surpression de quelques millimètres d'eau nécessaire*, pour pallier à une défaillance toujours possible d'une fermeture ou même d'une paroi fissurée. L'erreur commune qui consiste à mettre, par exemple, la cartouche filtrante sur une paroi de l'abri, et le soufflet ou le ventilateur sur la paroi opposée, a pour résultat de réaliser non plus une surpression, mais, au contraire, une dépression dans l'intérieur de l'abri (fig. 1, I).

Or, on doit toujours s'efforcer de réaliser une surpression d'air de quelques millimètres d'eau (3 à 4), et cela est facile ; il suffit de brancher le dispositif d'entraînement d'air — soit immédiatement après la

---

(1) La protection des enfants et la guerre chimique, dans *La Défense Aérienne*, novembre 1935. Tanon et Cot.

(2) La protection des enfants en bas âge, *in La Protection contre les gaz de combat*. Chez Vigot, 1939.

cartouche — soit mieux encore en aval de la cartouche (fig. 1, II).

Ce dernier procédé, qui propulse l'air *par refoulement* dans la cartouche, puis dans l'abri-sac, est le meilleur et met à l'abri de toutes les défaillances

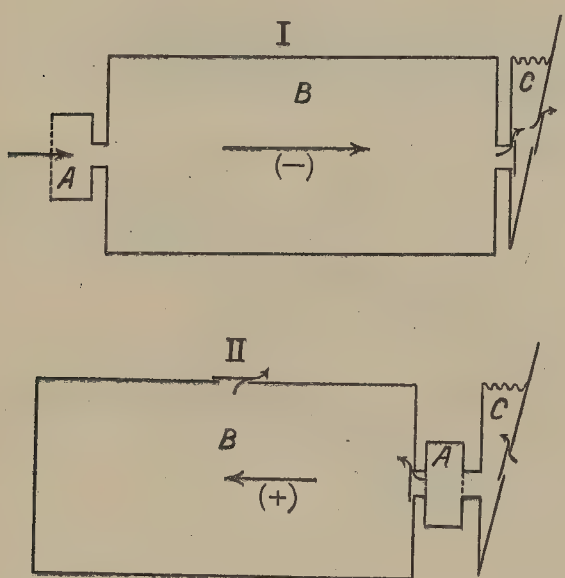


Fig. 1. — Schémas de principe des appareils de protection pour enfants en bas âge
A. Cartouche. — B. Abri. — C. Système de ventilation
I. Appareil fonctionnant en dépression ;
II. Appareil fonctionnant en surpression.

d'étanchéité qui pourraient se produire dans les tissus du soufflet ou les ailettes du ventilateur.

Il existe enfin des dispositifs qui ont été préconisés déjà depuis plusieurs années, et, qui, à première vue, semblent apporter une solution du problème, plus facile, sinon plus élégante. Ce sont ceux qui consistent tout simplement à introduire l'abri-berceau ou le sac portatif dans le circuit d'air en l'intercalant entre la cartouche filtrante et le masque du porteur. Celui-ci assure, à chaque inspiration qu'il effectue, d'abord l'alimentation en air filtré de l'abri, et ensuite il reçoit lui-même l'air de cet abri.

Ce type d'appareil présente l'inconvénient de fonctionner, non pas en *surpression*, mais en *dépression*, ce qui met, comme nous l'avons déjà signalé, l'enfant et la mère, à la merci de la moindre fuite. De plus, étant donné, d'une part, la capacité minimum de l'abri et l'insuffisance du matelas d'air, d'autre part, le débit nécessairement limité, réalisé par l'inspiration du sujet, ces dispositifs ne sont utilisables que pour des enfants âgés de plus de 1 an 1/2. Sinon, plus ou moins vite la teneur du CO^2 dépasse dans l'appareil, le taux de 1,50 %, qui est *le taux-limite admis par la Notice officielle du 25 mars 1938 précisant les conditions d'agrément de ces appareils.*

Il ressort de ce court exposé que les principes applicables à la mise au point des appareils portatifs pour enfants en bas âge, qu'il s'agisse de sac en tissus, huilés ou caoutchoutés, d'appareils en matériaux légers (contre-plaqués, alliages...) sont basés sur l'alimentation *en air filtré*, obtenu soit par un dispositif mécanique, soit plus simplement par la respiration du porteur.

Seuls des dispositifs mécaniques rationnels permettent de réaliser une *surpression* hautement désirable et également un débit d'air très largement suffisant pour obtenir le confort indispenable pour des enfants de 1 à 2 ans et *a fortiori* de 3 ans maximum.

Conditions minima de confort

Cette question du minimum de confort indispensable pour assurer la vie de l'enfant a retenu spécialement l'attention de l'un de nous. Dès août 1936, il a poursuivi des essais qui lui ont permis d'en préciser les différents éléments. Une des conditions à retenir consiste à prévoir un matelas d'air minimum, destiné à donner une marge de sécurité suffisante en cas d'arrêt accidentel du système d'alimentation en air.

Mais cette condition est beaucoup moins importante à remplir que celle de la mesure de ventilation indispensable pour asurer le conditionnement de l'air. C'est ce point capital qu'il a étudié en expérimentant pour la première fois sur l'enfant lui-même.

Dans cette détermination, il faut tenir compte de divers facteurs tels que :

1° La nécessité de maintenir un minimum de surpression de l'ordre de 3 millimètres d'eau environ.

2° L'évaluation des besoins en oxygène du sujet, de l'élimination de l'acide carbonique.

3° La nécessité d'éviter une élévation de température ainsi qu'une humidité de l'atmosphère excessives préjudiciables à l'enfant.

Pour arriver à fixer le débit/minute nécessaire, on a vérifié par l'expérimentation ce que le calcul permettait d'entrevoir.

Grâce à un concours particulièrement heureux de circonstances, l'un d'entre nous a pu effectuer diverses observations chez deux jeunes sujets, l'un âgé de 4 ans 1/2, l'autre âgé simplement de 11 mois (1).

Le protocole complet de ces essais a été rapporté ailleurs : nous ne voulons retenir ici que les résultats qui se résument dans la constatation que le taux de 20 litres /minute est très largement suffisant :

1° Pour équilibrer rapidement le CO^2 à 0,75 % ;

2° Pour stabiliser la température intérieure de la chambre respiratoire à une valeur qui ne dépasse pas de plus de 5° la température ambiante ;

3° Pour assurer une surpression constante de 3 millimètres d'eau ;

4° Enfin, pour obtenir une stabilisation du degré hygrométrique de l'atmosphère à un taux normal.

Quant aux deux sujets qui ont passé soit une heure (bébé de 11 mois en état de sommeil), soit une heure et demie (enfant de 4 ans 1/2 à l'état de veille), ils ne présentaient à la sortie de l'appareil aucun signe de fatigue, malgré la longue durée de l'expérience ; en particulier, le pouls et la respiration étaient normaux.

Au surplus, durant tout le temps de l'expérience, grâce au large viseur transparent du dispositif, nous avions déjà pu constater que le rythme et l'ampli-

(1) Pour de plus amples renseignements, prière de se reporter à notre étude intitulée : « Contribution à l'étude du conditionnement de l'air dans les appareils de protection individuelle destinés aux enfants en bas âge », par le médecin-colonel Cot, *in Gaz de combat*, juillet 1937. Baillière.

tude des mouvements respiratoires restaient normaux et que le visage ne présentait pas le moindre signe de cyanose. Chacun sait en effet que l'augmentation du CO^2 se traduit d'abord par l'augmentation des mouvements respiratoires, bientôt suivie d'une accélération du rythme. Nous avons préconisé, il y a déjà plusieurs années, d'utiliser ce signe, comme un des meilleurs moyens pour surveiller la bonne marche de l'appareil.

Dès qu'elle verra son enfant respirer plus profondément et plus vite à travers le viseur de la chambre respiratoire, la mère doit savoir qu'il y a intérêt à augmenter le débit d'air et qu'il faut actionner plus vite, soit le soufflet, soit le ventilateur de l'appareil.

Un autre conseil que nous avons également donné, c'est celui d'adopter pour l'appareil de ventilation (soufflet par exemple) une capacité qui permettra de synchroniser les mouvements à lui imprimer avec ceux de la propre respiration du porteur, pour obtenir un débit de 20 litres-minute. C'est là un assez bon moyen de contrôle du rythme à imprimer, même dans l'obscurité, pour se rendre compte qu'une ventilation suffisante est atteinte.

Telles sont les quelques indications que nous devions rappeler au sujet des moyens de protection individuelle applicables aux tout-petits.

A l'heure actuelle, il existe en France de nombreux dispositifs pour enfants en bas-âge, mais à ce jour seuls trois prototypes ont subi avec succès les conditions d'agrément imposés par les Services techniques de la Guerre et ont le droit d'être vendus sur le marché français (1).

Faut-il ajouter encore qu'une précaution utile, sinon indispensable, consisterait à donner, le cas échéant aux tout-petits avant de les placer dans l'abri-berceau une ou deux cuillerées à café, suivant l'âge, d'une potion calmante. Il est également indispensable de les habituer à l'avance à reposer et à dormir dans leur abri-berceau, d'abord en le laissant ouvert, puis en les entraînant progressivement au léger bruit que peuvent faire les divers dispositifs d'alimentation en air utilisés.

II. — Protection des enfants de 2 a 5 ans

Dès que le poids de l'enfant atteint 13 à 14 kilogrammes, il devient de plus en plus difficile d'en assurer le transport dans un abri portatif. Au surplus, sa taille nécessiterait l'emploi d'appareils de trop grandes dimensions.

La solution consiste dans l'utilisation de dispositifs intermédiaires entre l'abri portatif et le masque proprement dit.

Comme dans le cas précédent, la ventilation est assurée par une énergie extérieure. Par contre, la protection est limitée à la tête, à l'exclusion du reste du corps.

Le cas particulier de la protection antigaz des enfants de 2 à 5 ans, n'a pas retenu spécialement l'attention des chercheurs français. Quelques dispositifs réalisés dans un but spécial et différent de celui qui nous occupe seraient susceptibles néanmoins après modifications d'être adoptés à cette protection spéciale (systèmes Cela Holding, Doms, Bootbey, Wonder, Klein, L. T. P., Paillé et Vidal, Fraysse et Scavran, Betz, Leau).

Par contre, l'industrie antigaz allemande est loin de s'être désintéressée de cette importante question et a mis au point un certain nombre de dispositifs assez intéresants.

Ceux-ci consiste à coiffer l'enfant d'une cagoule (munie ou non de manches), qui est passé sous le tablier ou le manteau. La ventilation est assurée au moyen d'une poire en caoutchouc ou d'un soufflet dont la manœuvre aspire l'air extérieur, qui, filtré sur cartouche, est refoulé dans la cagoule.

Exceptionnellement (sans doute en raison des dangers que présente ce procédé), la cagoule sur laquelle est fixée la cartouche filtrante est reliée par un tuyau à l'orifice inspiratoire d'un masque pour adulte. La ventilation est ainsi assurée par la dépression produite par le porteur du masque pour sa propre ventilation.

En raison de la nécessité urgente qu'il y a à protéger cette catégorie de jeunes sujets, nous avons réalisé un dispositif dont l'expérimentation, encore en cours, s'est déjà montrée jusqu'ici très encourageante (1).

Principe (fig. 2). — Sur la face fixe d'un soufflet S — dont la face mobile porte la poignée P — est assujetti un tube en T dont l'une des branches porte un clapet d'aspiration A. Une cartouche filtrante C est intercalée entre l'autre branche du T et l'ouïe d'aspiration d'un petit ventilateur V, actionné par le moteur M fonctionnant sur pile sèche p. La canalisation de refoulement du ventilateur est reliée à une petite

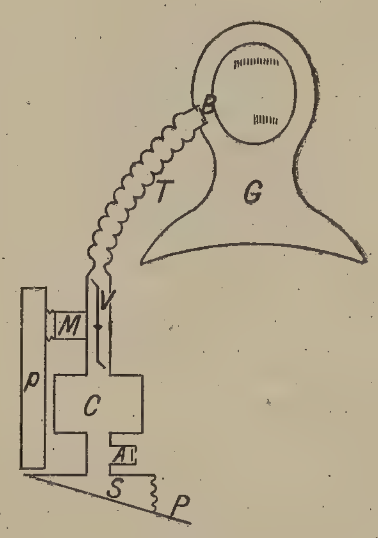


Fig. 2. — Schéma de principe de la cagoule de protection pour enfant de 2 à 5 ans (Type Cot et Genaud)

(1) L'un d'entre eux consiste dans une petite baignoire recouverte d'un surtout en caoutchouc, alimenté en air filtré grâce à un soufflet qui aspire l'air à travers une cartouche (appareil fonctionnant *en surpression*). Un deuxième est réalisé par un sac surmonté d'une sphère transparente, munie d'une cartouche et d'un tuyau qui la relie au porteur (appareil fonctionnant *en dépression*). Un troisième est réalisé par une boîte en métal léger, alimentée en air filtré par un ventilateur refoulant l'air dans une cartouche filtrante (appareil fonctionnant *en surpression*).

(1) Ces essais seront d'ailleurs complétés lors de l'examen de ce prototype, par les services techniques chargés de l'agrémenter.

cagoule G par le tube annelé T portant le clapet de refoulement B.

Fonctionnement. — *a) Fonctionnement automatique au moyen du ventilateur.*

Lorsque le circuit électrique est fermé sur le ventilateur, l'air extérieur est aspiré à travers la soupape A, il passe à travers la cartouche C où il s'épure, et arrive dans la cagoule G en soulevant la soupape B.

Le moteur du ventilateur absolument étanche fonctionne sur pile de ménage, assure un débit de l'ordre de 20 litres par minute et ne consomme pas plus qu'une lampe électrique de poche.

b) Fonctionnement au moyen du soufflet.

Quand on tire sur la face mobile du soufflet au moyen de la poignée P, le clapet A se soulève, la soupape B se ferme, l'air extérieur toxique pénètre ainsi à l'intérieur du soufflet.

Quand on pousse la face mobile du soufflet, les soupapes travaillent en sens inverse, l'air toxique contenu dans le corps du soufflet est refoulé à travers la cartouche C et pénètre, épuré, dans la cagoule.

Cette cagoule, munie d'un large viseur en rhodoïd est placée sous le vêtement de dessus. Elle porte des pattes de bretelles qui viennent se fixer aux boutons de la culotte ou du corset. Les bords de cette cagoule sont doublés intérieurement d'une bande de caoutchouc mousse comme d'ailleurs tous ceux des dispositifs analogues.

III. — Protection des enfants au-dessus de 5 ans.

Il est généralement admis par la majorité des auteurs que le port du masque du type adopté par les adultes est possible à partir de l'âge de cinq ans. Certains spécialistes ont même pu obtenir chez quelques enfants âgés de 4 ans et même moins, une tolérance au port plus ou moins prolongé de ces appareils, mais ce sont là des cas rarissimes. En revanche, on ne saurait davantage souscrire à l'opinion que professent certains confrères, qui estiment qu'il est pratiquement impossible d'obtenir des enfants au-dessous de 10 à 12 ans le port convenable et prolongé du masque.

Il suffit pour se convaincre du contraire de voir ce qui se passe en Russie, en Allemagne, en Italie, en Angleterre où l'entraînement au port du masque est réalisé depuis plusieurs années déjà (1). Depuis, des essais nombreux et concluants ont été faits en France, et plus spécialement à l'Ecole Militaire de Rambouillet, sur des centaines de jeunes élèves.

Ce qui est exact, c'est qu'il est absolument nécessaire de procéder à un entraînement progressif au port du masque et que l'on ne saurait se flatter, sauf de rares exceptions, d'obtenir d'un jeune enfant de 5 à 10 ans et même plus, une adaptation immédiate à un dispositif. Du fait même de l'ajustement serré qu'il nécessite, et de la dépression qu'il détermine, il entraîne, en effet, avec une gêne respiratoire inévitable, une légère congestion de la face et une compression, un peu douloureuse au début, due aux liens de fixation (casque).

(1) On trouvera dans le livre de l'un de nous, *Les asphyxies du temps de paix et du temps de guerre*, 1932 (Cot), des photographies très convaincantes sur ce point.

Cet entraînement qui est, au surplus, également indispensable pour des sujets adultes, est encore plus nécessaire pour les jeunes sujets, comme il l'est aussi pour les personnes qui ont atteint l'âge mur. Ce n'est donc pas en quelques minutes que cet entraînement pourra être acquis chez les jeunes enfants.

C'est pourquoi, il a été sagement prévu, dans le Décret-Loi du 6 mai 1939, qui a consacré l'obligation de l'enseignement de la Défense Passive, au tableau Ier, un alinéa consacré aux écoles maternelles. Il y est spécifié que : « Il est nécessaire que l'entraînement au port du masque soit commencé, dès l'école maternelle, chez les enfants à partir de *quatre ans au moins*, si l'on veut obtenir le port correct à partir de l'âge de 5 ans. Cet entraînement est à faire sous la direction technique des infirmières scolaires ».

Dès novembre 1935, l'un d'entre nous demandait que l'on suivit en France l'exemple des pays étrangers où de nombreux documents nous montraient comment on poursuivait déjà dans les écoles cette instruction pratique, sur la mise en place, le port du masque et l'entraînement à le supporter, au cours des jeux et des sports auxquels se livraient les jeunes enfants.

« Il n'y aurait que des avantages, écrivait-il, à procéder de même en France et à rendre obligatoire « cette instruction pratique, dès le jeune âge, dans « les écoles, mais encore faudrait-il que les autorités « responsables soient assez fortes pour supprimer « purement et simplement pour des raisons de défense « nationale, toute critique de « soi-disant pacifistes ».

« Il est bien évident que les exercices d'entraîne« ment au port du masque ne sauraient être plus per« nicieux pour de jeunes cerveaux que les jeux habi« tuels auxquels se livrent dans tous les pays du « monde les tout-petits depuis qu'il y a des boîtes de « soldats de plomb de Nüremberg ou d'ailleurs ».

La réalisation de cet entraînement est facile, mais il a besoin d'être dirigé progressivement et, pour cette instruction, il a semblé que les infirmières scolaires qui possèdent les qualités de doigté et de patience voulues étaient toutes indiquées. A défaut, les maîtresses de l'école maternelle, habituées aux tout-petits, sont également parfaitement qualifiées.

Il est très utile que l'enseignement soit collectif et que l'on mette ainsi à profit pour l'entraînement des pusillanimes, l'exemple des élèves mieux équilibrés ou plus dociles qui réveillera l'amour-propre des récalcitrants et des peureux. Il est indispensable de recourir uniquement à la persuasion, et toutes les méthodes coercitives sont à rejeter absolument.

Il semble préférable, tout au moins pour l'instruction des tout-petits d'utiliser des masques faciaux du type transparent. Nous l'avons indiqué il y a quatre ans déjà et nous continuons à le penser. Aussi estimons-nous qu'il y aurait le plus grand intérêt à favoriser la fabrication de masques faciaux de la très petite taille (ou taille n° 5) destinés aux enfants de 5 à 10 ans, et même des tailles n° 4, destinées aux enfants de 10 à 15 ans, en matière plastique transparente. Il existe en France plusieurs maisons qui ont réalisé déjà des dispositifs transparents, dont les prototypes ont été agréés par les Services de la Guerre, et, il est

évident que l'entraînement au port du masque serait facilité avec des masques transparents.

Nous avons cherché un moyen qui permettrait de commencer l'entraînement chez les tout-petits de 4 à 5 ans, comme le prévoit le décret du 5 mai 1939 et cela avec le maximum de rapidité.

Nous avons étudié *un dispositif spécial* destiné à habituer l'enfant, d'une part, au port du couvre-face, d'autre part, à la gêne respiratoire due à la cartouche. Ce dispositif est constitué par un couvre-face entièrement transparent, en acétate de cellulose moulé, qui

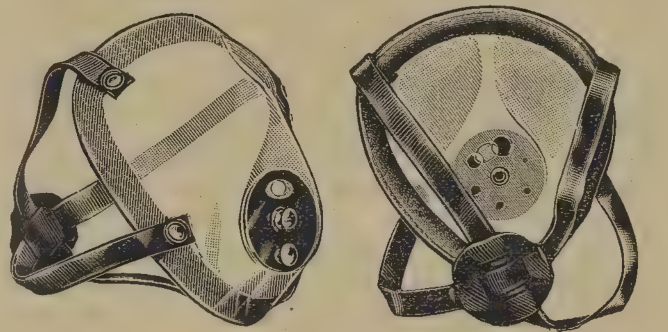


Fig. 3. — Dispositif d'entraînement des enfants au port du masque (Type Cot et Genaud déposé au nom du Ministre de la Défense Nationale et de la Guerre)

épouse étroitement la forme du visage et qui est prévu en deux ou trois tailles différentes. Il s'applique sur la face par l'intermédiaire d'un petit bourrelet de caoutchouc mousse, qui peut, le cas échéant, assurer une application parfaitement étanche du dispositif. A sa partie médiane (qui correspond au nez et à la bouche de l'enfant) sont disposées concentriquement six ouvertures circulaires de dimensions progressivement réduites. Un disque métallique mobile tournant sur son axe au centre de cet ensemble, et porteur d'une seule ouverture, permet de l'amener devant l'une des six ouvertures (fig. 3 et 4).

Il est ainsi possible de réaliser une résistance respiratoire progressive, la résistance maximum correspondant à la résistance normale de la cartouche filtrante d'un masque. Il avait été prévu, tout d'abord, pour éviter tout accident d'asphyxie un extra-trou sur le corps du masque, de petite ouverture, qui lui reste ouvert constamment.

Mais, nous pensons qu'il est préférable et beaucoup plus simple, de donner à l'ouverture du disque une forme, non plus circulaire, mais elliptique et de disposer les ouvertures du dispositif, de façon telle qu'il y ait toujours chevauchement de l'orifice du disque, sur une ou deux ouvertures du couvre-face.

Ainsi, ce *dispositif d'entraînement* pourra-t-il être plus facilement transformé ensuite *en masque de protection* par l'addition d'une embase d'où partirait le tuyau, allant rejoindre, à la ceinture, la cartouche dont la fixation y est prévue pour la taille du masque n° 5.

L'intérêt de ce dispositif d'entraînement s'est trouvé confirmé dès les essais qui ont été faits avec les deux ou trois premiers exemplaires réalisés. Mlle Champy et Mme Petitcollot, monitrices en chef de la Société de Secours aux Blessés Militaires, ont eu notamment l'occasion d'en faire la première démonstration. Sur 200 jeunes enfants de 4 à 9 ans, dans une première et unique séance, elles ont obtenu très facilement le port et le maintien du dispositif sur 194 enfants. Six jeunes enfants seulement ont manifesté une appréhension, qu'il a été jugé inutile d'essayer de vaincre en quelques minutes, mais qui aurait certainement cédé au cours de séances successives, en compagnie de leurs camarades déjà munis du dispositif et effectuant des mouvements d'ensemble.

CONCLUSIONS

Si nous avons cru devoir insister de façon aussi longue sur cette importante question de la protection des enfants en bas âge, c'est qu'il appartient non seulement aux médecins inspecteurs des écoles, mais aussi à la généralité des médecins français qui s'intéressent de plus en plus aux questions de protection individuelle en général et en particulier à celle des enfants, de contribuer en cette matière à l'éducation du grand public.

Depuis ces derniers temps (1), la mode pour une fois, hélas, bien inspirée, est aux questions de Défense Passive et celle de la protection individuelle des tout-petits a naturellement fait l'objet dans ces derniers temps de publications assez nombreuses.

Il nous a paru indispensable, de façon à ce que les médecins puissent apprécier en toute connaissance de cause les divers dispositifs préconisés, de rappeler ici les principes sur lesquels devraient être basés ces appareils et notamment l'intérêt que présentent les dispositifs assurant un minimum *de surpression.*

De même il n'était pas inutile de rappeler les conditions d'agrément de la Notice du 25 mars 1938,



Fig. 4. — Enfant porteur du dispositif d'entraînement au port du masque

exigées par les Services Techniques de la Guerre pour que la fabrication et la vente de ces appareils soient autorisées en France.

Enfin, il nous a paru qu'il n'était pas indifférent de rappeler que c'est en France que les premiers travaux et les premières études sur cette question avaient été faits dès 1935 ; et qu'ils y avaient été poursuivis, depuis lors, par ceux-là même qui avaient été les pionniers de la première heure, c'est-à-dire par les quelques médecins attachés aux services officiels de la Défense Passive.

(1) Manuscrit reçu au journal le 20 août 1939.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 28 aout 1939

Sur le fractionnement par ultra-centrifugation de l'antigène O-endotoxine du bacille d'Eberth. — M. A. Boivin.

Recherches sur la durée de l'immunité conférée à l'homme par l'infection fébrile ou inapparente de typhus murin. — MM. Georges Blanc et Marcel Baltazard.

L'infection fébrile de typhus murin donne à l'homme, de façon régulière, une immunité parfaite contre le typhus murin et épidémique pendant une période d'au moins cinq ans.

L'infection de typhus murin inapparente provoquée ou non par virus bilié lui donne une immunité de même valeur et de même durée.

Il y a lieu de conclure que, même si tous les vaccinés par virus bilié ne sont pas immunisés, ceux qui ont fait une infection inapparente le sont pour un laps de temps considérable et qu'il est permis d'espérer qu'une vaccination pratiquée régulièrement en milieu endémique doit amener la disparition rapide de l'infection.

SOCIETE DE NEUROLOGIE

Séance du 6 juillet 1939

Double stoppage chez un tabétique avec arthropathies de la colonne lombo-sacrée. — MM. Laignel-Lavastine, Gallot et Philippe présentent un homme qui a été traité pour hémiplégie syphilitique, et chez lequel, à la suite d'un effort violent, s'est constatée une parésie des membres inférieurs du type flasque, avec stoppage. On constate, cliniquement et radiologiquement, l'existence d'une arthropathie vertébrale, avec une arthropathie du coude et des signes classiques de tabes. La compression radiculaire par arthropathies vertébrale tabétique est exceptionnelle.

Myasthénie et prostigmine. — M. Behague présente un jeune garçon chez lequel évoluait une myasthénie grave, avec réactions myasthéniques typiques à l'examen électrique et participation de la musculature interne de l'œil. La prostigmine a déterminé une légère amélioration par voie intraveineuse, mais son administration *per os* a semblé exercer une influence thérapeutique beaucoup plus puissante ; la lecture est redevenue possible pendant un temps de plus en plus long ; l'activité musculaire a été reprise. A l'heure actuelle, l'enfant a pu reprendre les classes, les jeux, le sport, bien que le traitement ait été suspendu depuis le 15 avril. La myasthénie avait été précédée par des accidents hépatiques, avec ictères.

Myasthénie et prostigmine. — MM. Laignel-Lavastine, Philippe et Callot présentent un homme atteint de myasthénie, chez lequel l'amélioration n'a été obtenue que par des doses quotidiennes de 9 milligrammes de prostigmine, continuées pendant un mois.

L'amélioration se poursuit maintenant sans qu'il soit nécessaire d'augmenter davantage les doses. Les douleurs gastriques, que déterminait d'abord le traitement, ont maintenant disparu.

A un moment de l'évolution, les auteurs ont observé le « signe de l'orthostatisme » : la paupière supérieure peut être relevée par le malade en position couchée, mais non en position debout.

M. Béhoque discute l'interprétation de ce phénomène.

Les membres fantômes dans la section totale ou subtotale de la moelle dorsale. — MM. J. Lhermitte et Sigwald apportent l'observation d'une malade de 30 ans atteinte de syndrome de transsection spinale complète au niveau du 10e segment dorsal ; chez cette malade apparurent précocement des images de posture et des sensations pénibles dans le segment corporel sous-lésionnel. Les auteurs rappellent les faits étudiés pendant la guerre par Riddoch et par Lhermitte. Ils montrent que, malgré la division absolue de l'axe spinal, des illusions en tout semblables à celle des amputés peuvent survenir, soit dès la période de shock, soit à la phase plus tardive de l'automatisme médullaire.

Si les images posturales sont aptes à éclore, même lorsque le segment sus-lésionnel est privé de toutes ses afférences, il faut reconnaître que les images illusionnelles se montrent plus vibrantes et plus précises à la période tardive du syndrome de la transsection ; de telle sorte que l'on peut se demander si, dans la genèse de la création de ces membres fantômes, l'on ne doit pas faire jouer un rôle aux fibres des racines postérieures dont la régénération à peu près constante a été mise en lumière par Lhermitte chez les blessés de la moelle.

M. André Thomas discute le rôle de la régénération des cordons postérieurs. A propos d'un cas qu'il a étudié, chez un blessé de guerre, avec Mme Déjerine et M. Jumentié, il évoque la possibilité d'anomalies du sympathique, qui permettent la transmission de certaines excitations sensitives par la chaîne sympathique malgré l'interruption complète de la moelle.

M. Barré admet une interprétation analogue.

Sur les accidents cérébraux de la transfusion sanguine. — MM. J. Lhermitte et Cliquet rapportent une nouvelle observation d'hémiplégie consécutive à une transfusion correctement pratiquée. Hémiplégie droite avec aphasie. Dix-sept mois après l'accident, on observe encore les reliquats très appréciables de l'hémiplégie et de l'aphasie. Dans ce fait, la nature de la lésion destructive du cortex temporo-rolandique gauche ne saurait être douteuse. Il s'agit très certainement d'un foyer malacique lié à une thrombose partielle de la sylvienne gauche.

Syndrome syringomyélique cervical, conséquence très tardive d'une plaie minime et non suppurée du poignet. — MM. J.-A. Barré et J. Kabaker rapportent l'observation d'une femme de 45 ans qui a été victime d'un accident en 1932 : coupure, par une vitre brisée, de quelques tendons sur le versant cubital de la face antérieure du poignet gauche. Les tendons furent suturés aussitôt, et la malade guérit sans incident ; il n'y avait pas eu de suppuration, mais une hémorragie assez importante.

C'est seulement après un mois qu'apparurent des sensations douloureuses de brûlure dans les deux derniers doigts de la main gauche, de type intermittent, alternant avec des sensations de froid. Ces douleurs s'étendent peu à peu à tout le membre supérieur, puis à la nuque et à l'orbite.

Trois ans après, les douleurs devinrent plus durables, et la parésie apparut ; la malade dut abandonner son travail.

Il existe actuellement une atrophie du type Aran-Duchenne du membre supérieur gauche avec thermo-analgésie, abolition des réflexes tendineux, syndrome de Claude Bernard-Hower, atrophie du sterno-cléido-mastoïdien gauche, réaction de dégénérescence, léger déficit pyramidal du membre inférieur gauche. Le liquide céphalo-rachidien est normal, ainsi que le lipiodo-diagnostic. L'épreuve de la pilocarpine met en valeur l'absence de réaction sudorale sur les membres supérieurs, sur le cou et sur la face.

Cette observation permet de discuter le mécanisme des complications nerveuses tardives des traumatismes des membres, et présente un grand intérêt médico-légal.

Traumatisme cranio-cérébral et trouble mental. — MM. Ed. Krebs et P. Puech présentent l'observation d'une traumatisée du crâne, qui, un mois après son accident, dut être placée dans une maison de santé pour troubles mentaux. Il s'agissait d'un syndrome de confusion mentale avec délire onirique. L'association, à ces symptômes prédominants, d'une hémiparésie gauche sans troubles de la sensibilité profonde, et d'une douleur à la pression de toute la région fronto-temporale droite sans fracture du crâne, fit porter aux auteurs le diagnostic de compression du lobe frontal droit, en dépit de l'absence de céphalée et d'altération du fond d'œil. L'intervention permit de mettre au jour, dans les limites du lobe frontal, et d'enlever une membrane épaisse de néoformation sous-durale, après l'évacuation d'un kyste séro-hématique contenu entre cette membrane et l'arachnoïde. Cet ensemble, que les auteurs tendent plutôt à considérer comme une variété de pachyméningite traumatique kystique que comme un hématome sous-dural authentique, s'accompagnait d'œdème cérébral et d'un certain degré de méningite séreuse. Après des suites opératoires sans incidents, tous les troubles présentés par la patiente ont rapidement et complètement guéri.

Les auteurs soulignent, avec l'intérêt de ces découvertes anatomiques, l'importance du trouble mental dans l'ensemble symptomatique qui a servi ici d'indication opétoire, l'heureux résultat de l'intervention sur ce trouble mental, enfin la valeur de leur observation du point de vue médico-légal.

Un syndrome parkinsonien peut-il reconnaître la maladie de Heine-Medin comme étiologie ? A propos d'un cas de poliomyélite antérieure aiguë avec narcolepsie, suivie peu après d'un syndrome parkinsonien. — MM. Th. Alajouanine, H. Mignot et P. Mozziconacci présentent un homme qui, en janvier 1933, pendant un séjour au Chili, a été pris d'un état fébrile d'une durée d'une huitaine de jours. Au huitième jour, brusquement, il fit une paralysie des membres inférieurs, du type poliomyélitique, paralysie totale d'abord, qui ne rétrocéda ensuite que lentement, en laissant une impotence massive du membre inférieur gauche.

Or, ce malade, pendant la période fébrile, avait déjà présenté de la somnolence. Trois mois après sa paralysie, une fois rapatrié en France, il fut pris d'une somnolence plus intense et plus durable, avec diplopie, qui dura de longs mois. Il y avait, dès cette période, une salivation qui n'a fait que s'accentuer. Un syndrome parkinsonien s'est installé ensuite, qui a suivi une marche progressive, et qui est actuellement très accentué.

Après discussion des diverses hypothèses possibles, les auteurs admettent qu'il s'agit d'une maladie de Heine-Medin, et que le syndrome parkinsonien est lié à la localisation du virus poliomyélitique sur le locus niger. Les lésions du locus niger sont fréquentes dans les formes graves de la maladie de Heine-Medin et, si la somnolence (cependant déjà signalée par Vulpiari) et le syndrome parkinsonien n'y sont pas fréquents, c'est que cette localisation nigérienne accompagne le plus souvent des formes mortelles.

M. Mollaret critique cette interprétation, et rassemble des arguments contre la maladie de Heine-Medin. Il propose l'inoculation au singe du sang de ce malade.

M. Lhermitte a personnellement constaté les lésions nigériennes des forme graves de la poliomyélite.

M. Haguenau remarque que l'évolution secondairement progressive ne correspond guère à l'allure évolutive habituelle de la maladie de Heine-Medin.

M. J. Bertrand suggère l'hypothèse d'un virus neurotrope distinct, de type exotique.

Deux syndromes oto-neuro-oculistiques d'origine congénitale. Leurs rapports avec les phacomatoses de Van der Hoeve et avec les autres dysplasies neuro-ectodermiques. — MM. F. Thiébaut, J. Lemoyne et L. Guillaumat présentent deux malades chez lesquels se trouvent associés une dégénérescence rétinienne, des kystes intra-oculaires et une surdité d'origine congénitale. Chez le premier malade, il existe en outre des nævi cutanés, une malformation symétrique des orteils et une paralysie flasque, amyotrophique des membres inférieurs, d'apparition tardive et d'interprétation discutable. Dans le second cas, la rétinité pigmentaire est familiale, associée à une cataracte nucléaire, et l'hypoacousie de perception s'associe à des troubles de l'équilibre.

Il s'agit de dysplasies neuro-ectodermiques congénitales, dont la classification est difficile et mérite discussion.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de médecine des enfants, par le Professeur P. Nobécourt. Sixième édition entièrement revue. Paris, Masson et Cie 1939.

La première édition de ce précis remonte à plus de trente ans. Conçu dans un esprit essentiellement didactique et pratique dont la valeur n'a fait que s'affirmer au cours des années et qui lui a valu auprès des générations médicales successives une faveur qui ne s'est jamais démentie, il reparaît aujourd'hui comme un livre nouveau.

Quelques parties périmées ont disparu, d'autres ont été remaniées, de nombreux chapitres nouveaux ont été ajoutés qui font du présent ouvrage un compendium pédiatique que les notions récentes rendaient indispensable.

Les diathèses, les troubles de la croissance, les encéphalites, les infections, à virus neurotropes, etc., y sont étudiés avec une clarté et un esprit clinique qui sont la meilleure suppléance au recul dans le temps que les nécessités quotidiennes ne permettent pas d'attendre.

Enrichi de très nombreuses et très belles illustrations, le présent ouvrage résume une expérience clinique et pédagogique basée sur un esprit d'observation toujours en éveil; l'auteur a réussi à mettre en relief les notions principales et à choisir toujours heureusement parmi les détails ce qui constitue la notion nécessaire. L'école pédiatrique parisienne qu'ont déjà illustrée tant de grand noms y montre sa vitalité et en reçoit un nouveau lustre.

L. B.

Le benzolisme professionnel, par le Docteur Raymond Roubinet. (Travail de l'Institut d'Hygiène industrielle). Paris. J. Peyronnet et Cie, 1939.

Dans ce remarquable travail basé à la fois sur de nombreuses recherches bibliographiques et sur des recherches personnelles assidues, l'auteur réussit à apporter des clartés nouvelles sur un problème dont l'importance croît chaque jour mais où des imprécisions de nomenclature avaient jusqu'ici favorisé l'incertitude.

A l'origine d'accidents contre lesquels une protection devient de plus en plus indispensable il faut faire place à côté de la nature même du produit nocif à une prédisposition individuelle non moins importante. Selon qu'il s'agit d'une intoxication aiguë ou d'une intoxication chronique on verra prédominer les accidents nerveux ou le trouble de la fonction hématopoiétique. Pour apparaître plus lentement ce dernier n'en est que plus grave et c'est avec raison que l'auteur insiste sur l'importance non seulement de l'examen du sang, mais de l'examen de la moelle osseuse corrélatif et que des techniques récentes ont rendu

aisé. C'est là que réside la possibilité unique d'un diagnostic et de mesures préventives et curatives efficaces et là seulement.

Une notion récemment acquise et non moins importante et qu'il faut louer l'auteur d'avoir su mettre en relief, est le rôle joué par les carences vitaminées, facteur C en particulier. Son importance thérapeutique et plus encore prophylactique ne peut plus après cette importante étude demeurer ignorée.

L. B.

Les tuberculoses atypiques, fréquence, polymorphisme, intérêt thérapeutique, par André JACQUELIN. — Un volume de 354 pages avec 20 figures, 70 francs. Masson, éditeur, Paris.

Dans un précédent ouvrage, *Directives en pratique médicale, terrain et tendances morbides*, le Dr Jacquelin montrait que si, dans les cas d'infection très virulente, c'est la qualité même du virus qui impose sa marque à la maladie, dans les petits états infectieux au contraire, les caractères de l'état morbide tiennent, pour une large part, aux modalités particulières du terrain réceptif, à la constitution, au tempérament de l'individu.

La tuberculose est, par excellence, l'affection où pourra se révéler l'influence du terrain morbide : non pas certes la grande tuberculose rapidement mortelle, faite de granulie, de pneumonie caséeuse, de phtisie galopante, où c'est l'influence de l'agent causal qui domine, mais la petite tuberculose chronique, véritable parasitose où se constitue en quelque sorte une symbiose entre l'organisme et le bacille.

L'influence dominatrice de l'agent pathogène s'estompe alors, et l'on n'observe plus que « des tuberculoses atypiques ».

L'auteur présente une étude d'ensemble de ces tuberculoses, atypiques dans un esprit clinique.

L'étude de l'asthme tuberculeux occupe une grande place dans ce livre, ainsi que les rhumatismes tuberculeux ; l'auteur fait rentrer également dans les tuberculoses atypiques certaines formes de congestions pulmonaires ou de cortico-pleurites, de rhino-trachéobronchites à répétition, puis des troubles de déficience générale permanente, ces syndromes se traduisent par de la langueur, de l'anémie qui accompagnent tantôt une instabilité thermique, tantôt des troubles endocriniens, surtout thyro-ovariens, tantôt des troubles nerveux, dépressifs ou hypocondriaques, tantôt des troubles hépato-digestifs.

« Ecrit par un clinicien pour les cliniciens, dit le professeur Besançon dans sa préface, le livre de Jacquelin obtiendra auprès de ceux-ci le même succès que le précédent. Le médecin y trouvera, en effet, comme dans ce dernier, en même temps qu'un retour aux vieilles notions diasthésiques d'autrefois, des conceptions originales, des habitudes nouvelles de penser médical. Il y trouvera surtout ce qu'il cherche avant tout des données thérapeutiques, précises et détaillées, pouvant avoir une application immédiate «.

Le syndrome « hémorragie du nouveau-né », par H. JAHIER. — Un volume de 184 pages avec 13 figures (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications, n° 19), 26 francs. Masson, éditeur, Paris.

Les maladies du larynx, clinique et thérapeutique, par G. CANUYT, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Médecine de Strasbourg, avec la collaboration de MM. TRUFFERT, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bon-Secours de Paris, et TARNEAUD, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire National de Musique de Paris, et le concours de Ch. WILD, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Strasbourg, oto-rhino-laryngologiste de policlinique à l'hôpital civil de Strasbourg. — Un volume de 814 pages avec 326 figures et 10 planches en couleurs. Broché, 240 francs ; cartonné toile, 270 francs. Masson, éditeur, Paris.

Dans cette série et sous cette même forme ont déjà été publiés : un Traité des maladies du pharynx par G. Canuyt, un Traité des maladies de l'œsophage et un Traité des maladies des fosses nasales par J. Terracol, de Montpellier.

Ce nouveau livre est avant tout un Traité de laryngologie (clinique et thérapeutique) qui fait suite au Traité des maladies du pharinx. Comme lui, il est destiné au laryngologistes praticiens.

Pour mener à bien la rédaction de ce volume, le professeur Canuyt a eu recours à la collaboration de laryngologistes particulièrement désignés par leurs travaux et leur compétence.

Au Dr Truffert, qui avait publié avec le professeur Sébileau un livre sur le carrefour aéro-digestif qui fait époque, ont été confiés les importants chapitres sur les traumatismes du larynx, les suppurations laryngées et périlaryngées et celui des paralysies laryngées.

Dans un Traité des maladies du larynx, les maladies de la voix doivent tenir une grande place, il a été fait appel pour cet exposé au docteur J. Tarneaud qui s'est consacré depuis de nombreuses années à la phoniatrie.

Le Dr Charles Wild, de son côté, a participé à tout instant à l'élaboration et à la rédaction du Traité.

Tous les chapitres d'anatomie pathologique ont été écrits sous la direction du Dr Géry, professeur d'anatomie pathologique.

Le Dr Gunsett, directeur du Centre anticancéreux de Strasbourg, a rédigé le traitement des tumeurs, en particulier des tumeurs malignes du larynx par les agents physiques ; il marque les résultats remarquables obtenus dans le cancer du larynx par la radiothérapie profonde.

Le professeur Rebattu, de Lyon, disciple de Garel et de Collet, était tout désigné pour rédiger les laryngites chroniques. Dans des pages pleines de substance, il a clarifié cette question complexe.

La laryngoscopie directe doit faire partie actuellement de la vie journalière du laryngologiste, surtout lorsqu'il s'agit d'examiner le larynx des enfants et des nourrissons. Le Dr Haslinger a été chargé de rédiger ce chapitre de la laryngoscopie directe et d'exposer sa technique simple et logique.

Le professeur Ségura, chef de l'Ecole de Buenos-Ayres, a écrit les laryngites grippales.

Le professeur Rohmer, directeur de la clinique des maladies des enfants, était tout indiqué par sa grande expérience pour présenter la laryngite diphtérique.

Le Dr Robert Rendu, de Lyon, s'est passionné pour l'étude des laryngocèles. C'est dire le grand intérêt que presente le chapitre qu'il a écrit dans ce Traité sur ce sujet. Cette étude est d'autant plus instructive et attrayante qu'elle est basée sur des recherches importantes d'anatomie comparée.

Le chapitre de la tuberculose du larynx est signé du professeur Canuyt et du Dr Didier, de Lille, dont les planches en couleurs dessinées par lui-même sont d'une exactitude remarquable.

Ce Traité des maladies du larynx a été écrit avec le souci constant de la clinique. Malgré leur admiration pour les merveilleux progrès réalisés en laryngologie par la radiographie, la tomographie, la stroboscopie et les méthodes de laboratoire, les auteurs ont tenu à insister sur le fait que notre diagnostic doit être le résultat de tous les moyens dont dispose la clinique.

REVUE DES THÈSES

Le sérum antivaccin
contribution à l'étude de son pouvoir virulicide

Par R. FASQUELLE, SAINT-YVES MÉNARD
Préface du Dr Antoine BÉCLÈRE
de l'Académie de Médecine (1)

Dans l'expression sérum antivaccin, l'auteur donne au mot vaccin son sens étymologique : virus du cow-pox ou de la vaccine. Et il rappelle que si le mot vaccin a aujourd'hui un sens beaucoup plus étendu, c'est parce que Pasteur, en hommage à la découverte de Jenner, proposa de l'utiliser pour désigner tout germe infectieux administré à titre préventif.

Reprenant les expériences de Béclère, Chambon et Saint-Yves Ménard, en 1896-98-99 (expériences qui permirent à ces auteurs les premiers de définir les caractères différentiels de l'immunité active et de l'immunité passive), Fasquelle compare le pouvoir virulicide du sérum après vaccination chez les animaux (génisse, lapin, cheval, âne, porc) et chez l'homme ; puis, il étudie l'influence des divers modes d'inoculation, de la quantité de vaccin inoculée, de la mort du virus vaccinal par séjour à l'étuve, de la nature enfin du virus vaccinal ; en effet, au cours de ces dernières années, Levaditi, Rivers, Goodpasture ont réussi à cultiver le virus vaccinal dans le cerveau de lapin, sur cellules embryonnaires en liquide de Tyrode, dans l'œuf en incubation, procédés de culture qui modifient les affinités pour les divers tissus du virus vaccinal ; Fasquelle cultive le virus vaccinal dans l'œuf en incubation, l'inocule au lapin et étudie le pouvoir virulicide du sérum, comparativement à celui déterminé par l'inoculation d'une culture pure de virus vaccinal de génisse.

De ces diverses expériences, l'auteur tire des déductions intéressantes au point de vue de la conception de l'immunité dans la vaccine et quelques indications sur l'utilisation éventuelle du sérum antivaccin dans le traitement de la variole, d'une part, et, d'autre part, dans le traitement de l'encéphalite post-vaccinale, maladie récente, exceptionnelle en France, mais qui a sévi largement en Hollande et en Angleterre, et dont certains auteurs attribuent la cause à une modification des affinités tissulaires du virus vaccinal dans le sens du neurotropisme.

La pathogénie
et le traitement médical de l'hypersthénie gastrique
la médication par l'association papavérine-atrinal-pantopon

Par le Dr FRAENKEL (2)

Dans son travail excessivement important, l'auteur fait une place toute spéciale à la médication par la spasmalgine. Son efficacité s'étend sur tous les grands symptômes de l'hypersthénie : la douleur, l'hyperkinésie, le spasme et l'hyperchlorhydrie.

L'action sédative de la douleur, le régime alimentaire et le repos aidant, est le premier effet thérapeutique qui se manifeste, en général, le deuxième jour du traitement. L'hyperchlorydrie est également influencée de façon notable ; le traitement, pour obtenir un effet durable, doit généralement être plus prolongé. Enfin, la disparition des phénomènes pathologiques moteurs et celle de l'évacuation gastrique prématurée ont été maintes fois vérifiées à l'écran radiologique.

(1) Peyronnet, éditeurs, Paris.
(2) Thèse de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1938.

Dans le traitement des gastropathies, les doses habituelles sont de 2 à 3 ampoules par voie sous-cutanée ou de 2 à 4 comprimés. Les injections conviennent surtout aux malades hospitalisés.

La durée moyenne d'une cure à la spasmalgine est de 15 jours, mais elle peut être prolongée sans inconvénient et reprise ensuite après un repos de quelques jours.

Le rôle précieux que la spasmalgine est appelée à jouer dans la thérapeutique de l'hypersthénie gastrique apparaît doublement fondé : par les effets d'ordre subjectif qu'elle produit, disparition des douleurs, de l'inappétence, etc., et ceux objectifs et autrement éloquents des chiffres fournis par les tubages gastriques successifs que l'on pratique tous les dix jours environ.

En résumé la spasmalgine constitue une association médicamenteuse de deux substances à son action spasmolytique manifeste, la papavérine et le pantopon, action à laquelle probablement prend part également l'atrinal. Cette action combinée présente un « synergisme potentiel » dont l'efficacité thérapeutique est supérieure à celle de la somme des composants pris isolément.

Etude sur l'hypertension d'origine rénale

Par le Dr René ISRAËL
médecin assistant de l'Hôpital Beaujon (1)

Cette excellente thèse inspirée par M. Pasteur Vallery-Radot, met au point l'étude physiopathologique d'une variété bien déterminée d'hypertension : l'hypertension d'origine rénale.

L'auteur reprend l'historique de la question ; il expose ensuite ses recherches expérimentales sur les néphrites toxiques hypertensives, et sur les néphroscléroses par striction de l'artère rénale. Il met en évidence le fait que l'hypertension par striction de l'artère rénale s'obtient malgré l'énervation complète des reins avec décapsulation.

« Ce fait, entre autres, écrit-il, nous conduit à rejeter tout rôle direct des nerfs du rein dans la genèse de l'hypertension néphritique. Cette hypertension n'a donc pas un mécanisme réflexe, au vrai sens du mot. »

L'auteur montre enfin que les résultats obtenus par l'énervation rénale sur l'hypertension néphritique sont souvent favorables, mais ne sont ni constants, ni définitifs.

Il laisse entrevoir en terminant le rôle qui pourrait être attribué au mécanisme humoral.

Cette belle thèse est accompagnée d'une bibliographie très complète qui sera très utilement consultée.

(1) Jouve, éditeur, Paris, 15, rue Racine.

Vaccination contre la sénescence, par C. PICADO, avec une préface du Prof. CAULLERY. Un vol. de 240 pages. Prix : 22 fr. A la Librairie E. Le François, à Paris, 1937.

Le traitement des embolies pulmonaires, par Maurice VILLARET. Un vol. grand in-8 de 44 pages. Prix 15 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1938.

Précis de technique radiographique, par P. PORCHER et A. JUQUELIER. Un vol. relié in-8 de 332 pages avec 302 fig. Prix : 150 fr. Chez Gauthier-Villars, à Paris, 1938.

Traitement des anémies graves par le foie, par Ch. AUBERTIN. Un vol. grand in-8 de 88 pages. Prix : 20 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1938.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 75-76. — 20-23 SEPTEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

L'embolie pulmonaire. — Faisons le point, par MM. Jacques MÉNÉTRIER et J.-M. COLDEFY.

Notes de médecine pratique.

Ce qu'il faut savoir de la vitamine P. P., par M. L. BABONNEIX.

Livres nouveaux.

Pratique Médicale.

Documents officiels.

Décret relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre.

Notes pour l'Internat.

Amibiase intestinale (suite), par M. G. LE SUEUR.

AVIS IMPORTANT

A partir de cette semaine La Gazette des Hôpitaux *paraîtra une fois par semaine, le mercredi.*

Nous avons pris nos dispositions pour assurer la continuité du journal, malgré les difficultés des heures graves que nous traversons.

Si les circonstances nous forçaient à suspendre momentanément notre publication, tous les abonnements seraient naturellement prolongés d'une période égale à celle de l'interruption.

Nous serons reconnaissants à nos abonnés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Hôpitaux et cliniques. — La question des hôpitaux et cliniques ouverts au public fait l'objet des préoccupations de nos confrères.

Rappelons qu'en dehors des hôpitaux de l'Assistance Publique qui, sauf quelques exceptions, restent ouverts au public, *l'hôpital Saint-Joseph*, 7, rue Pierre-Larousse (14e), continue les consultations et hospitalise les malades dans les conditions ordinaires.

Guerre. — *Application du régime de la zone des armées aux personnels militaires demeurés dans la région parisienne.*

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, ministre de la défense nationale et de la guerre.

Vu le décret du 1er septembre 1939, prescrivant la mobilisation générale des armées de terre, de mer et de l'air ;

Vu l'article 43 de la loi du 13 juillet 1937,

Décrète :

Art. 1er. — La portion du territoire national comprise dans la zone des armées est celle définie à l'article 1er de l'arrêté du 1er septembre 1939.

Art. 2. — Les personnels militaires des corps, formations et services stationnés dans la région de Paris seront, quoique ne relevant pas de l'autorité du commandant en chef, à tous points de vue traités comme les personnels en service dans la zone des armées.

Art. 3. — Le président du Conseil, ministre de la défense nationale et de la guerre, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 1er septembre 1939.

ALBERT LEBRUN.

Par le Président de la République :
Le président du conseil, ministre de la défense nationale et de la guerre,

ÉDOUARD DALADIER.

(*Journal officiel*, 13 septembre 1939).

— *Création du Comité consultatif sanitaire de défense passive.* — Un décret en date du 11 septembre 1939 (*Journal officiel* du 14 septembre) porte création de ce Comité. En voici le texte :

Art. 1er. — Un comité consultatif sanitaire de défense passive est créé auprès de la direction de la défense passive.

Art. 2. — Ce comité est consulté sur les questions importantes en matière d'organisation sanitaire de défense passive du territoire.

Art. 3. — Il est également habilité à donner son avis sur les réalisations nouvelles dans le domaine sanitaire (soins proprements dits, détection, désinfection) et un ou plusieurs de ses membres peuvent être désignés comme rapporteurs pour expérimenter et examiner les réalisations nouvelles qui sont retenues par le comité. Les prototypes sont signalés ensuite à la direction des fabrications d'armement aux fins d'homologation, de licence et de contrôle en cours de fabrication, suivant les lois et textes réglementaires en vigueur.

Art. 4. — Le comité consultatif sanitaire de défense passive comprend :

Le général directeur de la défense passive, président.

Le médecin général chef de la section sanitaire de la direction passive, vice-président.

Un représentant de la direction du service de santé.

Un représentant de la direction des poudres.

Un représentant du ministre de la santé publique.

Un représentant de la confédération des syndicats médicaux.

Un représentant des sociétés de secours.

Des personnalités scientifiques, publiques ou privées, particulièrement qualifiées dans les questions d'organisation et de fonctionnement des services sanitaires de défense passive.

Art. 5. — Les membres de la commission autres que le général directeur de la défense passive, et le médecin général chef de la section sanitaire de cette direction, sont nommés par arrêté du ministre de la défense nationale pour une durée de deux ans. Leurs fonctions sont renouvelables.

La défense contre la tuberculose. — Le ministre de la Santé publique communique :

Le ministre de la Santé publique tient à faire connaître que le comité national de défense contre la tuberculose collabore de la façon la plus active avec ses services, pour l'organisation de la lutte contre la tuberculose, dans la population civile.

Le public trouvera au siège du comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris (6e), tél. Danton 69-04, tous les renseignements concernant les précautions à prendre, l'évacuation des tuberculeux, les établissements spécialisés, les médecins phtisiologues, etc.

L'école d'infirmières-visiteuses et d'assistantes sociales du comité national de défense contre la tuberculose, 250, boulevard Raspail, Paris (14e), tél. Danton 49-01, est habilitée pour former des infirmières temporaires, enseignement spécial de quatre mois.

L'éclairage des véhicules. — Le secrétariat général de la défense passive communique : Aux termes de la réglementation de la circulation en temps de guerre, l'éclairage des véhicules doit être assuré en dehors des agglomérations, soit par les feux de lanternes, soit par des lampes-codes d'un type spécialement agréé par les services du ministère de la défense nationale. Ces dispositions entreront en vigueur à dater du 2 octobre prochain. Une circulaire vient de faire connaître les types de lampes actuellement agréés. Ce sont : les lampes Granilux A. S., D. P. R. 1, marque Yvel ; les lampes Mazda, D. P. R. 2 ; les lampes Duplolux, D. P. R. 3, marque Philips.

Des médecins et des chirurgiens étrangers se mettent à la disposition de l'Assistance Publique de Paris. Dès que nous aurons des précisions, nous les porterons à la connaissance de nos lecteurs.

Institut de Médecine coloniale de la Faculté de Médecine de Paris.

L'Institut de Médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1939 commencera le 2 octobre et sera terminé le 20 décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris ».

Seront admis à suivre les cours de l'Institut de Médecine coloniale :

1° Les docteurs en médecine français ;

2° Les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine ;

3° Les docteurs étrangers, pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de Médecine de Paris ;

4° Les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de 16 inscriptions, sans distinction de nationalité ;

5° Les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Droits à verser :

Un droit d'immatriculation, 150 francs. Un droit de bibliothèque, 60 francs. Droits de laboratoires (parasitologie, bactériologie, clinique, etc.), 1.500 francs. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission :

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), à partir du 25 septembre, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

Naissance. — Notre directeur est heureux de faire part de la naissance de son petit-fils, Alain, fils de M. Michel Gros (aux armées) et de Mme Michel Gros, née France Le Sourd (4 septembre).

L'EMBOLIE PULMONAIRE

Faisons le point

Par

J. Ménétrier,
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

J. M. Coldefy,
Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Depuis les travaux de Virchow, ceux de J. Cruveilhier, de Vidal et de son école, la question de l'embolie pulmonaire n'a cessé de retenir l'attention des chercheurs. Des études récentes viennent de lui conférer un regain d'actualité et semblent devoir, sinon imposer un remaniement profond aux conceptions classiquement admises, du moins imprimer une orientation nouvelle aux recherches en cours.

Et tout d'abord quels sont les faits cliniques dont l'embolie pulmonaire, à raison ou à tort, est rendue responsable.

Divers syndromes lui sont attribuées qui, chez un opéré récent ou au lendemain d'un accouchement chez une femme atteinte de phlébite, vont de la mort subite au classique et banal infarctus de Laennec, en passant par une série d'accidents aigus, d'allure quelque peu particulière.

1° *La mort subite.* — C'est celle qui frappe en quelques secondes l'accouchée qui commence à s'asseoir ou l'opéré qui s'essaie à quelques mouvements. C'est la mort sans phrase, sans une plainte, sans un cri, celle qui foudroie instantanément.

2° *Des accidents aigus*, à évolution le plus souvent mortelle.

Ils se présentent sous trois types différents :

a) Type respiratoire où le début, par un point de côté violent, avec une dyspnée et une cyanose extrêmement intenses, évoquent d'emblée l'asphyxie aiguë. C'est le tableau de l'œdème pulmonaire paroxystique avec ses râles crépitants sur toute l'étendue du poumon, une hémoptysie abondante ou limitée à quelques crachats rosés et en quelques instants, une heure au maximum, l'évolution mortelle.

b) Type angoissant : on serait tenté de dire plutôt type angineux, tellement ici la ressemblance du syndrome est frappante avec la crise d'angine de poitrine. La douleur est atroce, angoissante, donnant au malade l'impression de mort imminente et imposant au malade, non plus cyanosé, mais pâle et couvert de sueurs profuses, une respiration courte et superficielle. Là aussi, la mort survient rapidement sans qu'aucune thérapeutique n'ait eu le temps d'entrer en action.

c) Type cardio-vasculaire à forme de *collapsus.* C'est une forme très spéciale dominée par l'état syncopal. Elle évolue souvent par poussées, caractérisées par des syncopes à répétition. La petitesse du pouls, l'effondrement tensionnel, l'aspect choqué du malade rappellent ce que l'on observe dans le collapsus typhique. L'adrénaline semble en constituer la médication héroïque. Soulié rapporte une observation très démonstrative où les injections intraveineuses d'adrénaline poursuivies pendant vingt-quatre heures ont réussi à amener la guérison.

3° Quant à l'*infarctus de Laennec*, son tableau est trop connu pour que nous y insistions. Le point de côté, la dyspnée, le crachat hémoptoïque et les signes pulmonaires en foyer, en constituent les éléments fondamentaux. Nous rappellerons toutefois les formes à répétition qui sont loin d'être rares, les formes larvées et enfin, celles latentes, dont la seule expression clinique se traduit par la constitution d'un épanchement pleural.

***

Si nous analysons ces faits, nous trouvons, en une vue synthétique et juxtaposés côte à côte les syndromes suivants :

— mort subite ;

— asphyxie aiguë paroxystique, type œdème pulmonaire ;

— syndrome angineux ;

— état syncopal avec collapsus cardio-vasculaire ;

— syndrome congestif pulmonaire aigu d'intensité moyenne.

Au total, cinq états différents cliniquement et que dominaient pour les classiques « deux notions fondamentales, une notion étiologique, l'infection, et une notion pathogénique, le volume du caillot mobilisé », dont la grosseur, en dernière analyse, imprimait à l'évolution son caractère de gravité :

— l'embolie massive déterminant la mort subite ;

— la grosse embolie donnant naissance aux accidents aigus à évolution plus ou moins rapidement mortels ;

— la petite ou moyenne embolie étant rendue responsable de l'infarctus pulmonaire.

LES TRAVAUX MODERNES

Les travaux modernes et ceux actuellement en cours tant en France qu'à l'étranger permettent d'entrevoir, sous un jour entièrement nouveau, la question des embolies pulmonaires.

Les notions qui en découlent, loin d'offrir un caractère purement spéculatif, sont, au contraire, d'ordre éminemment pratique, puisque, en précisant l'étiologie et la pathogénie de l'embolie pulmonaire, elles établissent, par là même, les bases d'une thérapeutique nouvelle.

A) Etiologie des embolies pulmonaires.

« On admettait, il y a peu d'années, qu'une phlébite infectieuse, surtout iliaque ou hypogastrique, patente ou latente cliniquement, se trouvait toujours à l'origine de l'embolie pulmonaire, parce que seule une atteinte microbienne de la veine pouvait déterminer la lésion endothéliale, génératrice de la thrombose ».

C'était oublier que certaines phlébites peuvent se constituer en dehors de toute infection comme le prouve l'observation journalière. C'était méconnaître, en effet, l'existence des phlébites goutteuses, cachectiques ou chlorotiques, c'était méconnaître aussi la fréquence des phlébites post-opératoires là précisé-

ment, où l'infection demeure au second plan. N'est-ce pas, en effet, au cours des hystérectomies pour fibrome, des cures radicales de hernie ou des appendicites à froid que le chirurgien voit se constituer la phlébite, ou l'embolie qui en est le témoin, alors que ces mêmes accidents s'avèrent exceptionnels au cours des interventions septiques que sont l'appendicite à chaud ou l'hystérectomie pour salpingite. Il y a là un paradoxe frappant qui n'a pas manqué d'intriguer les observateurs à l'heure où la technique chirurgicale, de plus en plus parfaite, diminue chaque jour, avec une asepsie rigoureuse les dangers d'infection.

Besançon et J. Delarue pensent que quatre facteurs essentiels entrent en jeu dans le déterminisme de la thrombose veineuse, facteur d'embolie, quatre facteurs aussi importants que l'infection.

Ce sont :

— les lésions traumatiques de l'endothélium vasculaire ;

— les modifications de la constitution physico-chimique du sang ;

— le ralentissement circulatoire ;

— et, enfin, le facteur constitutionnel.

1° *Les lésions traumatiques de l'endothélium vasculaire.*

Ne sont-elles pas réalisées au maximum par le traumatisme opératoire, lorsque l'on sait qu'un traumatisme veineux, même minime, comme celui qui s'attache à la ponction veineuse, est lui-même susceptible d'être générateur de thrombose.

2° *Les modifications physico-chimiques du sang* sont également très fréquentes, tant au lendemain d'un accouchement, qu'à la suite d'une intervention chirurgicale. L'hyperprotéinémie et l'augmentation des plaquettes en représentent l'expression la plus concrète. Quand on saura que la thrombose « consiste en une conglutination des plaquettes sanguines suivie d'une coagulation du sang, en regard d'une lésion endothéliale du vaisseau », on réalisera combien l'élévation du taux des hématoblastes peut favoriser les phénomènes de thrombose, lorsque, surtout, vient s'y ajouter le troisième élément.

3° *Ralentissement circulatoire.* « La stase, a dit Forgue, au Congrès de Varsovie, voilà l'ennemie ». On discerne aisément qu'après l'accouchement et au lendemain d'une intervention chirurgicale, les causes de stase deviennent nombreuses : stase locale dans les lacs et les culs-de-sac veineux, stase générale imposée par le repos au lit, le régime alimentaire, la constipation, la déshydratation qu'entraîne les vomissements, l'abaissement tensionnel et aussi les pansements compressifs de l'abdomen ou du pelvis.

Ces trois facteurs représentent, certes, trois éléments qui favorisent au premier chef la thrombose. Ils s'intriquent, le plus souvent, l'un d'entre eux pouvant avoir préséance sur les deux autres.

Suffisent-ils à expliquer tous les faits ? Nous ne le pensons pas et nous sommes enclins à entrevoir avec nombre d'auteurs (Leriche, Villaret) le rôle essentiel d'un quatrième facteur actuellement inconnu.

4° Ce facteur est le facteur « constitutionnel », propre à chaque malade et que Bardin, par hypothèse de travail, définit comme un état particulier du système neuro-végétatif du type hyper-vagotonique.

B) Pathogénie des embolies pulmonaires.

Et c'est ici que commence à apparaître la notion véritablement neuve, issue des recherches modernes, cette notion qui assigne au système nerveux un rôle de premier plan dans le déterminisme des accidents groupés sous le nom d'embolies pulmonaires.

Il faut rejeter délibérément, semble-t-il, l'opinion habituellement admise suivant laquelle le volume de l'embolus tient entièrement sous sa dépendance la gravité du tableau clinique. « La réaction nerveuse fonctionnelle paraît primer le phénomène mécanique sanguin... Il devient désormais impossible d'admettre le schéma classique qui veut que la mort subite corresponde à une embolie massive, les accidents d'asphyxie subaiguë à des embolies de moyen volume et des phénomènes pulmonaires immédiats, avec hémoptysie tardive, à des embolies plus petites encore » (Bardin).

Des faits d'ordre chirurgicale et d'ordre expérimental s'y opposent formellement.

Faits d'ordre chirurgical.

Leriche et, à sa suite, Robert Monod, ont attiré récemment l'attention sur une constatation des plus importantes : l'oblitération par ligature de l'artère pulmonaire ou d'une de ses branches n'entraîne pas la mort. Si un tel accident survenait, la chirurgie pulmonaire ne deviendrait, en effet, plus praticable.

Faits d'ordre expérimental.

Sur le plan expérimental, ce sont les épreuves physiologiques et pharmacodynamique, d'une part, les recherches électro-cardiographiques et anatomo-pathologiques d'autre part, qui fournissent les plus belles démonstrations.

1° *Recherches physiologiques.* — Elles appartiennent essentiellement à Villaret et ses élèves, Justin Besançon et Bardin. Ces auteurs cherchent à reproduire expériementalement les accidents emboliques. Ils utilisent deux types de corps étrangers destinés à être introduits dans la veine jugulaire externe du chien : des perles en émail de 1 à 10 millimètres de diamètres et, d'autre part, une suspension aqueuse de pierre ponce pulvérisée (grain de 150 μ) à la dose de 10 centigrammes de pierre ponce par kilo d'animal. Opérant sur une cinquantaine de chiens, ils font deux constatations essentielles :

— avec les perles d'émail, il est impossible d'entraîner une mort rapide. Un chien vit même pendant trois jours avec 95 de ces perles dans ses artères pulmonaires, un autre survit un mois avec 10 de ces mêmes perles d'émail.

— avec la suspension de pierre ponce, la mort foudroyante survient en quelques minutes dans un syndrome suraigu qui ne rappelle que de loin l'asphyxie aiguë.

Il semble donc bien acquis que l'oblitération mécanique ne joue qu'un rôle secondaire et que ces accidents mortels sont liés à des phénomènes d'inhibition centrale et cardio-vasculaire, empruntant la voie nerveuse réflexe du vague et du sympathique.

Ces auteurs reprennent alors des expériences identiques sur les lapins, après avoir sectionné soit le vague, soit le sympathique. Ils font là aussi deux constatations :

— après section du vague, il faut augmenter la proportion des corps emboliques pour entraîner la mort subite ;

— après section du sympathique, une quantité quatre fois moindre de ces mêmes corps suffit à déclencher les phénomènes mortels.

« Autrement dit, le pneumogastrique augmente la sensibilité à l'embolie, le sympathique la diminue » (Halbron).

2° *Recherches pharmacodynamiques.* — Poursuivant leurs recherches dans le domaine de la pharmacodynamie, ces mêmes auteurs entreprennent d'expérimenter l'action des divers poisons du système autonome. Et ils en arrivent aux conclusions suivantes :

— Si, à un chien, qui a reçu au préalable une dose de pierre ponce devant entraîner la mort en quelques minute, on injecte un paralysant du sympathique (l'yohimbine), la mort est accélérée ; elle survient en quelques secondes. Si on injecte, au contraire, un excitant du sympathique (éphédrine), la mort ne survient qu'au bout de quinze minutes.

— Si on injecte à la fois un sympatho-mimétique et un vagolytique (éphédrine + atropine), la mort ne survient qu'au bout de trente minutes.

Il apparaît donc que dans le domaine végétatif, l'hypervagotonie favorise les accidents mortels de l'embolie pulmonaire et que l'hypersympathicotomie semble les inhiber.

Dans le domaine humoral, les auteurs ont constaté que l'état d'acidose agissait dans le même sens que la vagotonie, et que l'état d'alcalose agissait en sens inverse. L'injection intraveineuse de bicarbonate de soude permet une survie prolongée ; celle d'acide chlorhydrique précipite, au contraire, les phénomènes mortels.

Ces très intéressantes constatations furent confirmées par Leriche et ses élèves. Ils pensent que les phénomènes nerveux vaso-moteurs tiennent en grande partie sous leur dépendance des accidents graves de l'embolie pulmonaire. Ils considèrent, d'autre part, au double point de vue, anatomique et physiologique, « le ganglion étoilé est le centre essentiel de ces réflexes vaso-moteurs que peut déclencher l'arrêt brusque d'une embolie dans le système pulmonaire ».

En conséquence de quoi, Leriche préconise d'agir sur ce ganglion par infiltration novocaïnique chaque fois que l'on soupçonne le développement d'un accident de cet ordre.

3° *Recherches électro-cardiographiques.* — A Vienne, Scherf et Schönbrunner étudient les modifications électriques sur les tracés pris à des chiens, soumis à des embolies expérimentales entraînant une survie de soixante à quatre-vingts minutes. Ces auteurs constatent de profondes modifications des ondes P et T, analogues à celles observées chez des malades atteints d'embolie pulmonaire. Ils concluent à l'existence, dans l'embolie pulmonaire, d'un réflexe pneumo-coronarien à trajet vagal et à effet coronaro-constricteur.

4° *Recherches anatomiques.* — Ces recherches, les dernières en date, ne sont pas les moins intéressantes. Elles corroborent les données d'ordre chirurgical, d'ordre physiologique et pharmacodynamique, et elles permettent aussi de saisir le mécanisme intime de l'infarctus pulmonaire.

Ameuille, Fauvet et Monsaingeon mettent au point une formule d'injection cadavérique des poumons avec la masse gélatine carmin qui, pénétrant l'artère pulmonaire, peut injecter ses branches jusqu'à leur segment précapillaire. Dans leur expérimentation qui porte sur une dizaine de sujets morts d'accidents cliniquement rapportés à une embolie pulmonaire, ces auteurs confirment les faits expérimentaux suivant lesquels une embolie mortelle n'est pas nécessairement une grosse embolie et que de petites embolies peuvent entraîner la mort. Mais ils vont plus loin. Ils constatent qu'une embolie même volumineuse peut se passer complètement de manifestations cliniques et demeurer latente, et que, par contre, il est des embolies mortelles pour lesquelles on ne trouve aucun substratum anatomique. Ils estiment que de tels accidents peuvent être produits par des causes qui, actuellement, nous échappent « tout aussi bien que des accidents d'angine de poitrine peuvent être produits par des causes inconnues, autres que l'oblitération coronarienne ».

Dans une seconde série de faits, Delarue et Bardin ont pu saisir la constitution de l'infarctus pulmonaire lui-même, son organisation et sa résorption. Ils ont pu constater que, là encore, les phénomènes nerveux de vaso-motricité constituaient l'essentiel du processus. Ces auteurs ont réussi à reproduire expérimentalement les lésions de l'infarctus par section du tronc vago-sympathique chez le chien et par excitation chimique du ganglion stellaire chez le lapin.

Conclusions

Il ressort de cet exposé un certain nombre de conclusions qui vont constituer autant de directives pour le traitement des embolies pulmonaires.

1° Il apparaît tout d'abord que parmi les facteurs de thrombose, *primum movens* de l'embolie pulmonaire, il convient de ne pas réserver une place exclusive à l'infection. Son rôle demeure, certes, indiscutable, mais des faits nouveaux méritent également de retenir l'attention.

2° Il n'existe pas de parallélisme absolu entre la gravité des accidents cliniques et le volume de l'embolie. Des embolies minimes sont susceptibles d'entraîner la mort. Des faits étiquetés « embolies » n'ont jamais pu fournir la preuve anatomique de leur existence.

3° Le rôle du système neuro-végétatif paraît dominer toute la question des embolies pulmonaires. Il semble tenir sous sa dépendance toute la gamme des réactions cliniques, qui vont, du banal infarctus de Laennec aux accidents de syncope et de mort subite.

La vaso-motricité fonctionnelle de chaque sujet semble devoir imprimer à chaque accident une individualité propre. Aussi, Villaret propose de réunir ces faits disparates sous le nom générique de « chocs pulmonaires », terme qui donne la préséance au fonctionnel sur l'organique.

C) Thérapeutique des embolies pulmonaires.

Guidée par toute une série de jalons nouveaux, issus des travaux les plus récents, la thérapeutique des embolies pulmonaires va s'appliquer dans trois circonstances nettement définies :

— Prévention de la thrombose ;

— Prévention de l'embolie, en présence d'une phlébite déclarée ;

— Traitement de l'embolie déclarée.

I. — *Prévention de la thrombose.*

a) Nous avons vu qu'à côté de l'infection contre laquelle il sera bon de lutter par la vaccinothérapie et la chimiothérapie, une série de facteurs non moins importants étaient susceptibles d'intervenir dans le déterminisme de la thrombose.

b) Ce sont essentiellement des facteurs sanguins dominés par :

— Les lésions traumatiques de l'endothélium vasculaire ;

— Le ralentissement circulatoire ;

— L'augmentation surtout du nombre des hématoblastes.

c) A ces facteurs que l'on voit le plus souvent s'instituer au lendemain des interventions chirurgicales, le chirurgien répondra :

— en évitant les manœuvres brutales et la forte compression abdominale ;

— en étudiant la possibilité de la gymnastique au lit et du lever précoce ;

— en tenant compte, avant l'intervention, du nombre des plaquettes sanguines ;

— quant à l'utilisation des extraits hépatiques, de la thyroxine et de l'hirudinisation préventive, elle demeure plus aléatoire dans ses résultats.

II. — *Prévention de l'embolie.*

Nous avons vu les bases expérimentales, physiologiques et pharmacodynamiques qui président au mécanisme des accidents liés à l'embolie pulmonaire et à la prévention de certains d'entre eux.

Sur le plan clinique, quatre médicaments doivent actuellement entrer en jeu dans la thérapeutique préventive des accidents mortels liés à l'embolie pulmonaire :

— les sympatho-mimétiques ;

— les vagolytiques ;

— les alcalins ;

— la papavérine.

1° *Les sympatho-mimétiques.* — Ils appartiennent à la série éphédrinique, tyraminique ou adrénalinique.

M. Villaret préconise l'emploi d'un produit qui joigne à une action prolongée la maniabilité que lui confère l'absence de toxicité. Le pressyl et la pressédrine semblent, dans ce domaine, l'emporter sur l'éphédrine et l'adrénaline.

2° *Les vagolytiques.* — Le sulfate neutre d'atropine sera utilisé à des doses que seule la susceptibilité du malade à cet alcaloïde permettra de préciser.

A doses équivalentes et à action égale, la novatropine, alcaloïde de synthèse, présente l'immense avantage d'être cinquante fois moins toxique que l'atropine.

3° *Les alcalins.* — « Quant à la thérapeutique alcalinisante qui, chez l'homme, consiste simplement dans l'absorption de 5 à 10 grammes de bicarbonate de soude, par jour, elle nous semble absolument capitale. Son rôle thérapeutique expérimental est considérable » (Villaret).

4° *La papavérine.* — Son action spasmolytique vasculaire ne peut que faire merveille sur des accidents où il est désormais démontré que le trouble fonctionnel de la vaso-motricité constitue l'élément fondamental.

Parmi les dérivés utilisés, en particulier, par les auteurs américains, signalons l'intérêt de la syntavérine et de l'eupavérine et surtout de la perparine qui s'avère trois fois plus active et quatre fois moins toxique que la papavérine.

Nous insisterons enfin sur le fait que ces médicaments doivent être administrés en association à doses suffisantes et répétées.

III. — *Thérapeutique curative.* — « Sur le terrain physiologique, c'est une chose d'empêcher un réflexe de s'établir et autre chose que de lutter contre ses conséquences » (Villaret).

Aussi bien, l'embolie déclarée, le traitement devra-t-il s'inspirer avant tout des phénomènes cliniques essentiels et diriger son action dominante, tantôt sur le collapsus cardio-vasculaire, tantôt sur l'encombrement veineux, tantôt sur l'apnée et l'anoxhémie, tantôt sur la douleur et les répercussions neuro-végétatives.

Il faudra, dans tous les cas, « agir vite, fort, longtemps » (Leriche).

1° *Se trouve-t-on en présence d'un état de collapsus cardio-vasculaire ?*

Devant un effondrement tensionnel, ce qui prime tout, c'est l'emploi des analeptiques vasculaires périphériques, en l'espèce les sympatho-mimétiques. Soulié a pu faire jusqu'à 14 milligrammes d'adrénaline intra-veineux en vingt-quatre heures. De toutes façons, les doses doivent être massives :

— éphédrine, de 10 à 30 centigrammes ;

— pressyl, de 15 à 40 centigrammes.

On y associera les vagolytiques, atropine, par voie sous-cutanée ou intra-veineuse, à la dose de 1,2 ou 3 milligrammes. Mais, par sa faible toxicité, la novatropine est à préférer dans tous les cas.

2° *La défaillance est-elle essentiellement cardiaque? Existe-t-il des troubles du rythme et des algies qui rappellent les syndromes angineux ?*

Un médicament essentiel : la papavérine, son action antispasmodique sur les bronches et les artères.

Trois auteurs étrangers publient des statistiques fort intéressantes sur l'utilisation de ce médicament : Geza de Takat, Mayo et Denk. Ce dernier, en particulier, rapporte sur 9 cas d'embolies pulmonaires, en état de mort apparente, 7 guérisons obtenues après injections intra-veineuses de doses énormes de corps papavérinique.

La perparine est, à ce sujet, particulièrement intéressante, puisqu'elle possède une action quatre fois plus grande que la papavérine et qu'elle est trois fois moins toxique. C'est elle qu'utilisent, en particulier, les auteurs américains.

Ajoutons qu'il est utile, comme semblent l'avoir fait des auteurs allemands et américains, d'associer à la papavérine ou ses dérivés les sympatho-mimétiques, type éphédrine ou pressyl, et les analeptiques respiratoires, camphre, coramine.

3° *Se trouve-t-on en présence d'une syncope ?*

La respiration artificielle et l'oxygénothérapie s'imposent alors au premier chef.

On y associera, par la suite, l'administration d'*adrénaline*, d'atropine et de papavérine.

4° Si, par contre, les phénomènes d'*anoxémie* et d'*encombrement veineux* dominent, on est autorisé à pratiquer une saignée, quitte, par la suite, à associer des médications du collapsus périphérique.

5° Si, au contraire, les phénomènes de douleur et d'angoisse sont au premier plan, il convient, avant tout, de calmer le malade :

— l'héroïne sera préférée à la morphine que certains auteurs accusent de favoriser la thrombose veineuse (Hawliceck, Grant et Blaut).

— la papavérine qui doit tenir là encore une place de choix.

En définitive, s'il semble que nous soyons aujourd'hui mieux armés, aussi bien dans la prévention que dans le traitement curatif de l'embolie pulmonaire, il reste encore beaucoup à faire dans les voies tracées par la série des remarquables travaux modernes. Et, en réalité, un progrès vraiment substantiel ne sera opéré que le jour où l'on pourra préciser dans quelle mesure un organisme réalise les conditions favorables au développement d'accidents emboliques bénins ou, au contraire, rapidement mortels; c'est en fait, l'étude de ce facteur « constitutionnel » où le système nerveux tient une place de premier plan qui doit constituer l'objet principal des recherches futures.

BIBLIOGRAPHIE

P. Ameuille, J. Fauvet et Monsaingeon. *Constatations* anatomopathologiques dans 5 cas d'embolies pulmonaires (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 mars 1938, nos 10, 439, 441).

P. Ameuille, J.-J. Meyer et Canetti. Oblitération latente de l'artère pulmonaire chez un tuberculeux atteint de phlébites multiples (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 54, nos 10, 439, 441).

Bancroft. Post-opérative thrombosis and embolism (*Am. J. of Surgery*, juin 1935 et *Annals of Surgery*, Philadelphia, novembre 1937).

Pierre Bardin. L'embolie pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1937). Les embolies pulmonaires post-opératoires. Conceptions nouvelles et déductions thérapeutiques (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1937, nos 22, 868, 875. [Rapport de P. Brocq. Discussion : MM. Grégoire, J. Quénu, R. Monod, Okinczyc, Capette, de Martel, Lamare, 875-879]. Nouvelles thérapeutiques : le traitement curatif des embolies pulmonaires graves, n° 10, mai 1939).

A. R. Barnes, Rochester, Minnesota. Pulmonary embolism *J. A. M. A.*, 23 octobre 1937).

A. Bowen. Pulmonary embolism (*Am. J. of. Surgery*, juin 1937).

W. Denk. Zur Behandlung der arteriellen Embolie (*Munchener medizinische Wochenschrift*, 23 mars 1934, 81, nos 12, 437-439).

F. Fauvet et Monsaingeon. Notes sur quelques « embolies pulmonaires » graves (*La Presse Médicale* du 3 septembre 1938, nos 71, 1315, 1317).

R. Leriche, R. Fontaine et L. Friedmann. L'infiltration stellaire est-elle justifiée dans l'embolie pulmonaire du point de vue physiologique et anatomo-pathologique ? Quelle place doit-elle occuper dans la thérapeutique de cette affection ? (*Journal de Chirurgie*, décembre 1937, 50, n° 6, 737-748).

Besançon et Delarue. Remarques sur les causes et le mécanisme pathogénique des embolies pulmonaires post-opératoires (*A. M. C.*, 15 avril 1938).

Scherf et Schonbrunner. Uber den pulmocoronaren Langenembolien Scheweiz (*Med. Woch*, n° 4, p. 78, 28 janvier 1938).

Villaret. Recherches sur les embolies pulmonaires (*Bull. Acad. Méd.*, 1935, t. 113, pp. 60, 65).

Villaret, Justin Besançon et Bardin. Les embolies pulmonaires expérimentales. Etude clinique et premiers résultats physiologiques (*Annales de Médecine*, t. 37, nos 4, pp. 305-320, avril 1934).

Villaret, Justin Besançon et Bardin. Etude critique des conceptions actuelles sur les embolies et infarctus viscéraux et, en particulier, sur les embolies pulmonaires (*Presse Médicale*, n° 44, p. 873, 30 mai 1936).

Villaret, Justin Besançon et Bardin. Embolies et chocs pulmonaires (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 4 avril 1938, 54, nos 12, 515-518).

Villaret, Justin Besançon et Bardin. Recherches expérimentales sur les embolies pulmonaires. Conséquences thérapeutiques (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1938, n° 30).

Wertheimer. Uber die Zunahme der Thrombosen und Embolien (*Klin Wochenschr.*, n° 30, pp. 1387-1391, 5 juillet 1931).

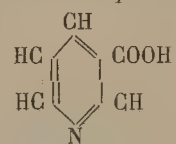
NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

CE QU'IL FAUT SAVOIR DE LA VITAMINE P.-P. (1)

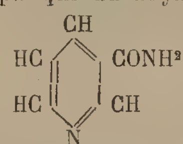
par L. Babonneix

Entrevu par K. Funk, le rôle capital que joue dans la nutrition la vitamine P.-P. a été en grande partie élucidé par les travaux de l'Ecole américaine, au premier rang desquels il faut placer ceux de Joseph Goldberger (1924-1937).

Quelques notions chimiques. — Isolée par Evehjen, Madden, Strong et Wooley, la vitamine P.-P. est l'*acide nicotinique*, ou *pyridine-carbonique*



qui existe, en grande quantité, dans les extraits hépatiques (J. Goldberger et W.-H. Shnell), sous forme *d'amide nicotinique* ou *nicotamide*, qui semble bien être la forme d'utilisation de stockage hépatique du noyau nicotinique :



On la range provisoirement dans le groupe des vitamines hydrosolubles, et on la rapproche des autres vitamines B, auxquelles, pourtant, elle ne s'identifie pas.

Propriétés biologiques générales. — Elles sont loin d'être encore toutes connues. Signalons seulement son *rôle activant dans la croissance* et, surtout, la *part qu'elle prend à la respiration cellulaire.* Elle fait, en effet, partie constituante de la cozymase, laquelle n'est autre que le coferment de la déhydrogénase, grâce à laquelle s'effectuent les oxydations au sein des tissus (R.-W. Vitta, S.-P. Vilter et T.-D. Spies).

Quelques propriétés physiologiques. — La vitamine P.-P. :

Augmente, chez l'homme normal, la motricité et la sécrétion gastriques ;

Provoque, même par voie buccale, *une vaso-dilatation rapide localisée à la tête et au cou*, que ne produit pas l'absorption d'amide nicotinique ;

Accélère la croissance (K. et I.-C. Funk) ;

Est indispensable au fonctionnement du système nerveux central ;

Joue un rôle certain, quoique mal élucidé, *dans la défense de l'organisme contre les facteurs d'anémie grave ;*

Intervient dans le métabolisme des porphyrines, qui est en grande partie, comme on sait, sous la dépendance du foie ;

S'oppose aux troubles résultant d'un déséquilibre alimentaire.

Aliments la contenant. — Ce sont surtout, d'après W.-H. Sebrell (cité par Justin-Besançon) : le bœuf, frais ou de conserve, l'extrait hépatique, l'épaule de porc frais, le saumon en conserve, le jus de tomate, la levure, dont la valeur en P.-P. est *bonne*, et, en seconde place, les choux, les épinards, le haddock, les haricots rouges, le petit lait, dont la valeur en P.-P. est *assez bonne.* Quant à la plupart des autres aliments, leur valeur en P.-P. est nulle. Remarquons, d'ailleurs, que, pour beaucoup d'aliments, il faut en donner une masse énorme pour assurer une ration suffisante en vitamine P.-P. : 100 gr. de jaune d'œuf, 200 gr. de bœuf ou d'épaule de porc frais, 168 gr. de saumon de conserve, 1.200 gr. de jus de tomate, 30 à 200 gr. de levure.

Indications thérapeutiques. — Elles sont assez nombreuses.

La plus importante est la *pellagre*, dans laquelle elle donne des améliorations « dramatiques », « spectaculaires », pour employer les expressions mêmes de certains auteurs américains, et qui lui ont valu son nom (préventif antipellagreux), qu'il s'agisse des formes habituelles, avec pigmentation du dos de la main, troubles mentaux, ou des formes frustes, si fréquentes chez les sujets soumis à une alimentation carencée ou riche en maïs poli. Chez les enfants des régions pellagreuses, le traitement nicotinique a provoqué l'amélioration rapide de troubles digestifs et de retard de croissance jusqu'alors non rattachés à la pellagre.

Affections digestives. — Dans les *aphtes récidivants de la bouche*, la seule administration d'acide nicotinique a permis à M. R. Cachera (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, n° 10, 27 mars 1939, pp. 472-474) de faire disparaître très rapidement des lésions jusqu'alors rebelles à toute thérapeutique. Cet auteur rappelle les faits analogues de Manson-Bahr et Ransford et se demande si l'amélioration obtenue par MM. P. Chevallier et Brumpt, dans les aphtes récidivants de la bouche, à la suite de l'administration d'extraits de foie antianémique, n'est pas due à la vitamine P.-P. dont ces extraits sont très riches.

Mêmes bons effets, et peut-être par le même mécanisme, dans la *sprue*, où les troubles digestifs sont prédominants, comme on sait, et où Jans Bing et Bendt Broager, de Copenhague, ont noté, chez leurs malades, soumis à la vitamine P.-P., une action très favorable sur le nombre et sur la nature des selles.

Porphyrinuries. — MM. R. Boulin, L. Justin-Besançon, Fl. Nepveux et G. Geoffroy ont rapporté à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (séance du 10 mars 1939, n° 10 des *Bulletins et Mémoires* (pp. 474-479) un cas de coproporphyrinurie traité par l'amide nicotinique (vitamine P.-P.), en se fondant sur cette donnée expérimentale que le chien, soumis à un régime pauvre en vitamine P.-P., présente une porphyrinurie marquée, que l'administration de cette vitamine fait disparaître rapidement.

Ils ont donc fait absorber à leur malade, *per os*, une dose de 0 gr. 50 de produit actif en cachets de 0 gr. 05, à raison de deux cachets toutes les deux heures; ils ont, en outre, pratiqué deux injections intra-musculaires d'une solution de la même substance, à raison de 0 gr. 20 par injection, soit, au total, 0 gr. 90 de vitamine P.-P. par 24 heures.

Au bout d'un jour de traitement, les urines reprennent une couleur voisine de la normale. Au bout de huit jours, elles ne contiennent plus que des traces de coproporphyrine à peine supérieures à la normale. En même temps, il se produisait une amélioration clinique, que les auteurs n'ont pu apprécier eux-mêmes, le malade ayant quitté Paris. Ils ont appris qu'ultérieurement, il était décédé subitement, mais il leur a été impossible d'obtenir les renseignements qui leur auraient permis de trouver la cause

(1) **Bibliographie générale.** — L. Justin-Besançon. Vitamine P.-P. *Presse médicale*, 4 mars 1939, n° 18, p. 341-350. — J. Nitzulescu. La thérapeutique de la pellagre. *Rapport au XXVe Congrès français de médecine*, Marseille, 12 novembre 1938, p. 248. — T. Hernando. La porphyrie. *Biologie médicale*, juin 1938, n° 28, 36e année, n° 6, p. 293, et La vitaminothérapie dans les maladies du tube digestif. Rapport à la VIe session de l'*Union thérapeutique internationale*, Paris, 12 octobre 1938.

de cette mort. Il n'en reste pas moins que, comme dans les observations américaines de T. D. Spies et Beau, Spies et Sydenstricker, la coproporphyrine a disparu sous l'influence de la vitamine P.-P.

Dans un second cas des mêmes auteurs (p. 480-483 des *Bulletins*), il ne s'agissait plus de copro-porphyrinurie, mais d'uro-porphyrinurie, où l'administration d'acide nicotinique a diminué de 60 % l'élimination d'uroporphyrine et amélioré légèrement l'état polynévritique. L'amide agit vraisemblablement, en pareil cas, sur la formation du pigment, car, *in vitro*, il demeure sans action sur l'uroporphyrine.

Les auteurs américains (Spies et Beau) ont signalé la disparition de la porphyrinurie, à la suite de l'administration de vitamine P.-P., dans les intoxications barbiturique et saturnine, dans l'anémie pernicieuse, dans certaines cirrhoses du foie et dans les infections les plus variées.

Les déséquilibres alimentaires et métaboliques complexes. — Dans la pellagre, les dérivés nicotiniques n'ont aucun effet sur la névrite périphérique, que guérit la vitamine B^1, antinévritique, comme l'ont montré les auteurs américains.

L'alcoolisme chronique (M. Villaret, Justin-Besançon et Klotz), les maladies de croissance, les infections, certaines cirrhoses (Ch. Richet), certains déséquilibres alimentaires avec carences diverses (C. Mouriquand) créent des besoins supplémentaires en vitamine P.-P. et favorisent le développement de la dermatose pellagreuse. Aussi, est-il indispensable, quand on prescrit l'acide nicotinique, de lui associer un régime abondant et bien équilibré dont sera banni l'alcool.

Ajoutons que cette substance *favorise l'action de la chimiothérapie en urologie et en gynécologie*, qu'elle est indiquée dans *la maladie des rayons*, et qu'elle *améliore nombre d'états mentaux* : états confusionnels et dépressifs, cénestopathiques, psychasténiques.

Mode d'administration. — On la trouve, dans le commerce, sous forme d'amide nicotinique en ampoules et en comprimés, ceux-ci dosés à 0 gr. 05, celles-là à 0 gr. 10.

Comprimés. — Trois posologies, suivant l'état clinique.

a) Doses fortes exceptionnelles. — *Maladies des rayons X et de la curiethérapie, prophyrinuries, pellagre et toutes formes graves d'avitaminose P.-P. : 10 à 20 comprimés de 5 centigr.* Ces doses nécessitent le fractionnement en trois ou quatre prises du médicament espacées dans la journée, pour éviter les réactions vaso-motrices à type de légère céphalée.

b) Doses moyennes usuelles. — *Troubles digestifs, affections cutanées, en urologie et en gynécologie et dans diverses formes d'avitaminose P.-P. : 2 à 8 comprimés à 5 centigr.* (2 comprimés avant les repas, ou, en espaçant, 1 comprimé quatre ou cinq fois par jour.)

c) Doses faibles (enfants). — Un demi à deux comprimés à 5 centigr. par jour, suivant l'âge.

Ampoules injectables. — Les voies sous-cutanée ou intramusculaire sont utiles :

a) Lorsqu'on désire obtenir un effet rapide et intense ;

b) Chez les sujets présentant une intolérance digestive complète : 1/2 à 1 ampoule, une à trois fois par jour.

La protection contre les gaz de combat (cours de perfectionnement et exercices tactiques sur des questions d'actualité) sous la direction de MM. Tanon et Cot, avec la collaboration de MM. Bruère, Cathala, Genaud, Kohn-Abrest, Moynier, Paitre, Peronnet, Perrier et Sohier. Un vol. in-8 de VIII-284 pages avec 54 fig. Prix : 30 fr. Chez Vigot frères, éditeurs à Paris, 1939.

LIVRES NOUVEAUX

Maigrir. Pourquoi ? Comment ? par le M. le Dr Fr. Heckel. — Un vol. 576 pages, 250 figures : 50 francs. Maloine, éd., Paris.

Une nouvelle édition reparaît de ce livre qui, à son origine, avait connu un grand succès et avait été épuisé peu après son apparition. C'est le même ouvrage que retrouveront les lecteurs, mais augmenté de 12 chapitres où sont exposées les questions non traitées précédemment : ménopause et obésité, cellulite et obésité, dinitrophénol, diurétiques mercuriels, etc. ; et d'autres fortement modifiés dans l'esprit de l'auteur telles que : obésités glandulaires ; conceptions pathogéniques de l'obésité ; régimes de mode ; valeur des tests glandulaires, etc., etc.

Toutes ces nouveautés sont discutées dans les 200 dernières pages, pleines d'intérêt aussi bien par le fond que par la forme.

Dans ce travail complémentaire, l'auteur aborde — pour le remanier franchement — le problème des *obésités glandulaires*. Il ne conteste pas l'existence d'une adiposité thyroïdienne et *myxœdémateuse* assez peu fréquente ; il spécifie ses caractères distincts et admet l'efficacité de l'opothérapie dans cette forme qu'il oppose aux obésités banales qui, pour lui, ne sont qu'exceptionnellement glandulaires. Il s'élève énergiquement contre l'abus de l'étiologie endocrinienne et d'une polyopothérapie dont il montre non seulement l'inutilité, mais même l'action contraire. Et, à ce propos, il combat la tendance actuelle à expliquer toute la médecine par des troubles endocriniens. Ces pages, nourries de faits et riches de documents cliniques et de références bibliographiques arrêteront l'attention des médecins qui sentent le besoin de réduire l'excessivité des doctrines endocrinologiques et des essais opothérapiques injustifiés.

Au point de vue de la pathogénie des états d'adiposité, Heckel montre que la définition même de l'obésité, considérée par la tradition comme une hypertrophie du tissu adipeux, est incomplète ; il insiste sur le rôle important, dans cet état, des troubles du « métabolisme de l'eau » dans le domaine de la circulation interstitielle lympho-lacunaire, et sur ses modifications qui mènent le tissu conjonctif de soutènement à des réactions qui s'expriment :

1° Par une variété d'adiposité de mécanisme métaplasique ;

Et 2° par la naissance de la cellulite, phénomène humoral dycrasique de premier intérêt.

L'étude des rapports de la cellulite et de l'obésité, si fréquents en clinique, est l'occasion d'un exposé clair et complet de la cellulite — question habituellement assez obscure — et d'un résumé des moyens de cure propres à l'auteur : héliothérapie, gelo-pansements, types de massages appropriés à la cellulite.

Un chapitre très documenté est consacré au dinitrophénol que la publicité a présenté, bien à tort, comme un spécifique de l'obésité. C'est une exécution en règle de cette médication redoutable et inutile, et un modèle de polémique scientifique, dans laquelle l'auteur excelle au premier chef. Le chapitre suivant où sont étudiés les diurétiques mercuriels, est de la même venue, mais moins sévère toutefois.

On lira ensuite quelques pages nouvelles sur certains points de la diététique non discutés précédemment, et enfin, le livre se termine par un examen des tests glandulaires, de l'interférométrie, du métabolisme basal, qui ne sortent pas indemnes d'une étude critique serrée. Dès la première édition, du reste, Heckel avait fait des réserves sur la

valeur des applications médicales du métabolisme basal, auquel il reprochait d'être établi sur des principes erronnés. Mais il s'agissait là de critiques théoriques, partagées, à la vérité, par quelques savants de marque comme M. Lefèvre, alors que dans ce supplément sont surtout discutées les défaillances de ce test dans la pratique quotidienne.

La lecture de cet important ouvrage laisse au lecteur une impression d'incontestable compétence ; on y sent une expérience vécue, une conviction entraînante et comme un courant d'air qui dissipe les brouillards et les nuées doctrinales. ce n'est certes pas l'œuvre d'un esprit spéculatif et dogmatique, mais celle d'un observateur sagace, et qui ne se paye pas de mots. Seuls les faits et les résultats comptent et ce qui est hors de la raison du sens commun, et d'un jugement objectif est rejeté. On peut être surpris par les opinions de l'auteur qui sont loin de la banalité, émises dans une langue souple et précise, une exposition claire et ordonnée, mais elles sont soutenues par une conscience scientifique réelle et étayée de preuves qui font réfléchir. Ce n'est pas être grand devin que de prévoir à cette œuvre un succès certain dans le monde médical tout autant que chez les profanes.

Clinique et Pathologie comparées. Vénéréologie, cancérologie, dermatoses, médecine générale, phytopathologie, par Louis Bory, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur N. Fiessinger. — Un volume de 240 pages : 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

L'auteur veut démontrer l'immense intérêt de l'étude comparée des maladies des laboratoires, où l'expérimentation, trop souvent limitée à un petit nombre d'espèces, ne connaît que des maladies artificiellement produites, dans des conditions qui ne répondent qu'exceptionnellement aux données habituelles de la clinique.

Pour que la science comparée devienne une science clinique, il lui faut aller étudier les maladies spontanées des espèces vivantes, dans le milieu social où vivent ces espèces. Il faudrait aussi que le médecin, voulant découvrir des conceptions nouvelles utiles au progrès de son art, puisse s'évader du domaine où sont trop étroitement limitée ses habituelles observations et devienne à l'occasion vétérinaire ou phytopathologiste, comme il serait à désirer que vétérinaires et phytopathologistes fréquentent à leur tour les cliniques humaines.

C'est peut-être parce que pareil effort de liaison n'a jamais été tenté que la pathologie comparée n'a pas encore sa place dans la bibliographie médicale. Hors les traités de médecine humaine, il existe naturellement des traités de médecine vétérinaire et de pathologie végétale ; il n'est pas de traité synthétique, envisageant d'un même point de vue les trois médecines, qui véritablement s'ignorent ou peu s'en faut.

Après avoir créé, avec A. Henry (d'Alfort), la dermatologie comparée, science nouvelle ou à peine explorée jusqu'alors, Louis Bory s'est laissé entraîner par l'intérêt de ces vivantes études à écrire l'histoire comparée de quelques grands syndromes appartenant au domaine de la pathologie générale.

Il a écrit ainsi un véritable petit *Traité de Clinique comparée*, où les médecins, curieux de voir ce qui se passe derrière le mur du voisin seront intéressés parce que l'auteur en a rapporté lui-même : — où les vétérinaires, reconnaissant les faits qui leur sont habituels et réfléchissant aux suggestions qui en ont résulté, y trouveront peut-être le désir de faire le voyage en sens inverse ; — où les étudiants enfin trouveront, clairement exposées, la plupart des notions, qui peuvent leur être utiles aux examens, tout en éveillant chez eux le goût de la recherche et l'espoir d'intéressantes découvertes dans un champ d'une richesse insoupçonnée.

PRATIQUE MÉDICALE

Action de la prostigmine dans les syndromes myasthéniques (1)

Par le Dr Hirschberg

Dans cette très importante thèse soutenue à la Faculté de Marseille sous la présidence de M. le professeur Roger, dont tout le monde reconnaît la compétence dans cette question, l'auteur étudie longuement la myasthénie du point de vue clinique et pathologique et insiste tout particulièrement sur l'action de la prostigmine ; ce travail, qui contient de nombreuses observations (dont l'une du Dr Hassenberg, est vraiment remarquable) et qui s'appuie sur une bibliographie minutieusement établie, montre que la prostigmine est un médicament spécifique de la myasthénie, sur laquelle elle exerce une action certaine et élective ; elle peut même servir de test de diagnostic : son action n'est pas curative ; elle suspend temporairement les symptômes myasthéniques ; on doit donc l'administrer d'une façon continue, à moins qu'une rémission spontanée ne la rende superflue. Enfin, il n'y a généralement pas d'accoutumance au traitement et les effets secondaires de la drogue sont négligeables, pouvant être combattus par l'atropine.

(1) *Thèse de la Faculté de Médecine de Marseille*, 1939.

Décret relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, 11 septembre 1939.

Monsieur le Président,

L'autorité sanitaire civile a à assurer, en temps de guerre, une tâche particulièrement lourde. Afin de maintenir le bon état physique et moral des populations, si important tant en lui-même que par les répercussions heureuses qu'il exerce sur les armées, elle doit assurer, dans des conditions difficiles, le fonctionnement des services d'hygiène et d'assistance. Il lui appartient, en outre, de veiller à ce que les réfugiés et les victimes des bombardements aériens reçoivent tous les soins nécessaires.

Sans doute, l'aide très précieuse du service de santé militaire lui est-elle acquise, mais elle n'a en propre à sa disposition que le personnel médical laissé libre par la mobilisation de l'armée et de la marine, se trouvant privée par là même du concours de nombreux médecins comptant parmi les plus jeunes et les plus valides.

Au moins convient-il, dans ces conditions, qu'elle ait complètement en mains ce personnel réduit et qu'elle puisse l'employer au mieux des besoins et des circonstances. Une réquisition collective de tous les médecins disponibles, conformément au principe posé par les articles 14 à 19 de la loi du 11 juillet 1938, a seule paru la solution la meilleure pour obtenir ce résultat.

Afin d'augmenter encore le nombre des médecins utilisables, il a semblé possible d'appliquer les mêmes dispositions aux femmes médecins.

En outre, des mesures spéciales ont été prévues pour les praticiens étrangers, ressortissant de pays alliés ou neutres, en vue de sauvegarder les intérêts de leurs collègues français.

Enfin, le projet de décret qui vous est soumis a pour dernier objet de régler la situation des médecins en temps de guerre, notamment au point de vue de leur rémunération.

Si vous en approuvez la teneur, nous vous serions très obligé de bien vouloir le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le président du conseil, ministre de la défense nationale et de la guerre,
ÉDOUARD DALADIER,

Le ministre de la santé publique,
MARC RUCART.

Le ministre des finances,
PAUL REYNAUD.

Le ministre des affaires étrangères.
GEORGES BONNET,

Le ministre de l'intérieur,
ALBERT SARRAUT.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du président du conseil, ministre de la la défense nationale et de la guerre, du ministre de la santé publique, du ministre des finances, du ministre des affaires étrangères et du ministre de l'intérieur,

Vu la loi du 11 juillet 1938 sur l'organisation de la nation en temps de guerre et le décret du 18 novembre 1938 sur l'exécution du droit de réquisition ;

Vu la loi du 19 mars 1939, tendant à accorder au Gouvernement des pouvoirs spéciaux ;

Le Conseil des ministres entendu,

Décrète :

Art. 1er. — A la mobilisation ou dans les cas prévus à l'article 1er de la loi du 11 juillet 1938, les médecins non mobilisables et les femmes médecins, de nationalité française, ou ressortissants français, sont à la disposition du ministre de la santé publique pour les besoins de la population civile et tenus sans ordre spécial, de continuer sur place l'exercice de leur profession, ou de rejoindre tout autre poste qui pourrait leur être assigné.

Art. 2. — Les médecins chargés des soins à la population civile hospitalisée ou non sont rémunérés dans les mêmes conditions qu'en temps de paix ; ils continuent, notamment, à recevoir les honoraires de la clientèle, ainsi que des collectivités publiques pour le traitement des malades à la charge de ces collectivités.

S'ils sont appelés à exercer hors de leur domicile ils ont droit au logement.

Art. 3. — Les médecins chargés de façon intermittente d'un service public, reçoivent une rémunération calculée sur la base de vacation, dont le montant est fixé par arrêté du ministre de la Santé publique et du ministre des finances.

Exceptionnellement, les médecins chargés d'un service public permanent, à l'exclusion de tout exercice de la clientèle, ont droit à un traitement égal au traitement de début des médecins de sanatoriums publics. S'ils remplacent un médecin fonctionnaire, ils bénéficient du traitement de début et, éventuellement, des indemnités attachées à la fonction.

Art. 4. — Dans les cas prévus à l'article 1er, les médecins ressortissants de pays alliés ou neutres, régulièrement autorisés à exercer leur profession en France, en application de la loi du 26 juillet 1935, qui n'auraient pas souscrit l'engagement prévu à l'article 19 de la loi du 11 juillet 1938, devront, pour continuer l'exercice de leur art, obtenir l'autorisation du préfet du département de leur résidence.

Art. 5. — Les médecins visés à l'article 1er ci-dessus doivent, en temps de paix, notifier immédiatement tout changement de domicile à la préfecture de leur ancienne résidence.

Art. 6. — Pour toutes les questions qui n'ont pas été réglées par les dispositions qui précèdent, est applicable le décret du 28 novembre 1938 sur les réquisitions.

Art. 7. — Les médecins déplacés par ordre, dans les conditions de l'article 1er, *in fine*, ne pourront, pendant un délai de cinq ans à compter de la date de cessation des hostilités, exercer leur art dans la localité où ils ont été envoyés et dans un rayon de 20 kilomètres autour de cette localité.

Art. 8. — Les infractions aux dispositions du présent décret sont passibles des sanctions portées à l'article 31 de la loi du 11 juillet 1938.

Art. 9. — Un décret fixera, s'il y a lieu, les conditions d'application du présent décret, qui sera soumis à la ratification des Chambres, conformément aux dispositions de la loi du 19 mars 1939.

Art. 10. — Le président du Conseil, ministre de la défense nationale et de la guerre, le ministre de la santé publique, le ministre des finances, le ministre des affaires étrangère et le ministre de l'intérieur sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 11 septembre 1939.

ALBERT LEBRUN.

Par le Président de la République :

Le président du conseil, ministre de la défense nationale et de la guerre,
ÉDOUARD DALADIER.

Le ministre de la santé publique,
MARC RUCART.

Le ministre des finances,
PAUL REYNAUD.

Le ministre des affaires étrangères,
GEORGES BONNET.

Le ministre de l'intérieur,
ALBERT SARRAUT.

(*Joun. off.*, 12 sept. 1939.)

NOTES POUR L'INTERNAT

AMIBIASE INTESTINALE [1]

(*Suite*)

Les aspects cliniques observés sont multiples et à vrai dire aucun d'eux ne suffit à lui seul à faire reconnaître l'amibiase.

Signes intestinaux.

1° *Tantôt*, depuis l'accident aigu, les selles ne sont jamais redevenues normales : selles pâteuses, abondantes, puis période de longue constipation. Sur ce fond chronique se greffent de temps à autre des accidents plus nettement dysentériques :

— Douleurs anales;

— Selles glaireuses à peinefécales;

— A l'occasion d'un écart de régime par exemple — puis tout rentre dans l'ordre.

2° *Tantôt* ce sont des accidents intestinaux non plus dysentériques, mais *entéritiques*.

Le malade conservant des douleurs abdominales, et des alternatives de phases de constipation opiniâtre, et de diarrhée pendant lesquelles il rejette des selles glaireuses.

Pour certains, ces diarrhées, permanentes ou intermittentes, de l'amibiase, pourraient avoir des caractères spéciaux : selles très liquides, brunâtres, riches en mucus — ou au contraire selles pâteuses, en tas, de surface vernissée, de couleur vert foncé.

---

[1] Suite. Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 73.

En fait, la schématisation qui en a été faite en syndromes variés : diarrhéique pur, coprostatique, à type d'entéro-colite muco-membraneuse, prouve assez que dans la majorité des cas aucun d'eux n'est spécifique.

Et ce ne peut être que par l'étude minutieuse des antécédents du malade et surtout par la mise en évidence des parasites dans les selles qu'on peut arriver au vrai diagnostic.

Manifestations générales.

L'atteinte de l'état général est assez rapidement notable dès que l'amibiase tend à s'invétérer : associés à des troubles intestinaux, même banaux, ces modifications dans l'état général ont une réelle valeur diagnostique :

— Le teint terreux, anémique et bronzé à la fois;

— La sécheresse de la peau;

— L'amaigrissement, la frilosité;

— L'hypotension artérielle avec crises de dyspnée Ravaut.

Ce sont là autant de signes qui doivent attirer l'attention.

Au maximum, ils réalisent des états pseudo-tuberculeux, des tableaux cliniques de cachexie fébrile prolongée, ou d'insuffisance surrénale lente, dont le diagnostic est extrêmement difficile en l'absence d'une anamnèse nette.

— Déjà grave en elle-même, et d'autant plus grave qu'elle est plus longtemps ignorée, l'amibiase intestinale voit encore son pronostic aggravé dans le cas que nous allons maintenant envisager.

a) L'A. I. compliquée d'autres localisations amibiennes.

L'une d'elles, par sa fréquence, domine les autres : *l'atteinte hépatique.*

— Elle peut se voir dans *toutes* les formes d'A. I., les plus graves comme les plus bénignes et les plus larvées.

— Elle peut survenir à n'importe quel moment de l'évolution, c'est assez souligner l'importance d'un diagnostic précoce de l'infestation intestinale et de la juguler par un traitement émétinien bien suivi.

Etude clinique.

1° Lorsque la complication survient soit en période dysentérique aiguë, soit chez un malade dont la D. A. est connue, on peut la surprendre d'emblée à la première phase d'*hépatite* annoncée par une *douleur* dans l'hypocondre droit avec irradiation scapulaire et *subictère.*

Accompagnée d'une ascension thermique, elle s'extériorise par une *hépatomégalie douloureuse.*

Le traitement immédiat par l'émétine s'impose, grâce auquel on pourra arrêter l'évolution vers l'abcès : ce sera une hépatite abortive.

2° Souvent il s'agit d'un malade dont l'amibiase est ignorée, — fait fréquent depuis la guerre — ou bien chez qui la phase d'hépatite est passée si peu marquée qu'il n'a pas consulté.

L'évolution vers l'*abcès* est alors de règle.

Le malade présente les signes habituels généraux d'une *suppuration profonde*, et celle-ci, par les signes locaux, est localisée :

— Soit à l'hypocondre droit, douleur exquise, voussure, contracture musculaire;

— Soit à la base du thorax, syndrome pseudo-pleurétique,

Suivant l'évolution antérieure ou postéro-supérieure de l'abcès, que l'examen radiologique cherche à préciser.

Traité médicalement par l'association émétino-arsenicale et chirurgicalement si nécessaire, cet abcès guérit habituellement en 3 semaines environ, réserve faite de complications post-opératoires possibles (fistule, choléragie...).

Non traité, l'abcès va fuser ou se rompre dans les directions variables avec son siège (abcès sous-phrénique, ou rupture dans la plèvre avec vomique sont les éventualités les plus fréquentes).

3° Ce n'est qu'aux colonies qu'on observe le tableau dramatique de l'*abcès hépatique suraigu* — qui coïncide généralement avec l'accès dysentérique aigu, celui-ci s'estompent quand l'abcès est apparu — abcès qui nécessite l'ouverture et le drainage chirurgical d'urgence.

C'est aussi en pratique exclusivement aux colonies qu'on observe les *formes aiguës foudroyantes*, gangréneuses ou à allure typhoïde dont le pronostic est quasi toujours fatal.

4° Mais il est fréquent sous nos climats, d'observer des *hépatites amibiennes non suppurées*, soit à allure subaiguë, soit même franchement chroniques, de diagnostic très difficile souvent, car survenant chez des malades n'ayant aucun passé colonial ou dont l'atteinte intestinale a été très fruste ou méconnue.

— Masquées par des signes d'emprunt;

Gastro-intestinaux banaux;

Ou pulmonaires, pseudo-tuberculeux.

Elles ne s'extériorisent que par une augmentation modérée du volume du foie, qui est douloureux.

Elles peuvent donner lieu, de temps à autre, à des poussées au cours desquelles le subictère s'accentue, et à la longue quelques signes d'insuffisance hépatique peuvent apparaître.

— Ces formes trompeuses sont relativement fréquentes dans les services hospitaliers et montrent qu'il faut toujours penser à l'amibiase en présence de gros foies solitaires.

— Si la localisation hépatique est de loin la plus fréquente, il faut cependant citer aussi la possibilité de :

Localisations pulmonaires, donnant un abcès qui siège le plus souvent à une base, révélé par une vomique dont le pus fourmille d'amibes — abcès d'ailleurs souvent masqué par une réaction pleurale;

Ou de *localisations, plus rares, cérébrales*, dont l'apparition vint aggraver d'autant le pronostic de l'A. I.

b) L'A. I. compliquée de lésions locales

Sans insister sur les complications *aiguës*, dont les *perforations* ou les *hémorragies intestinales profuses* sont le type, — mais qui ne se voient guère que dans les formes suraiguës coloniales

On aura surtout en vue les complications intestinales *lentes.*

La sténose recto-sigmoïdienne, assez rare, et surtout la *colite post-amibienne*, séquelle non parasitaire de l'amibiase, désespérante par sa longue persistance, faisant de ces malades des « *douloureux* » atteints d'algies diffuses abdominales, maxima à la région solaire — à répercussion psychique fréquente.

c) L'A. I. associée à d'autres parasitoses.

Dysenterie bacillaire ou fièvre typhoïde : ce sont des singularités exceptionnelles.

Ce qui est plus fréquent, et comporte un intérêt pratique essentiel, c'est de voir des *lamblias*, des *trichomonas* accompagner les amibes. De là :

Des sources d'erreurs diagnostiques. Formes camouflées de Ravaut.

Des difficultés thérapeutiques.

(*A suivre.*) Le Sueur.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 77-78. — 27-30 SEPTEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Revue Générale.

Physiologie du tissu pulmonaire, par M. Pierre J. ROBERT (de Marseille).

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences.
Académie de Médecine.

Nécrologie

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — I. *Examens session d'octobre 1939.* — Cette session s'ouvrira le 2 octobre Les étudiants de la classe 1939 pourront, sur leur demande, être mis en série dès le début de la session.

Pour les étudiants non mobilisables en 1939, les mises en série seront faites à partir du 16 octobre. Dans tous les cas, les consignations seront reçues à partir du 22 septembre. Elles auront lieu, soit directement, soit par tierce personne, soit par correspondance.

Les étudiants mobilisables en 1939 sont priés d'en informer le secrétariat de la Faculté au moment de leur consignation.

II. *Enseignement.* — *Inscriptions.* — Les cours commenceront le lundi 6 novembre.

Les inscriptions et immatriculations peuvent être prises soit directement, soit par correspondance. Le registre sera ouvert du 25 septembre au 31 octobre pour les étudiants de 1re année. Pour les autres étuudiants, les inscriptions en vue des 1er et 2e trimestres pourront être prises du 2 au 31 octobre.

En raison des conditions particulières à l'agglomération parisienne, ne seront admis à s'inscrire que les étudiants français dont la famille est domiciliée dans les départements de Seine, Seine-et-Oise ou Seine-et-Marne.

D'autre part, les étudiants mineurs seront tenus de présenter, en sus du consentement réglementaire du père ou du tuteur, une lettre signée de ces derniers (avec signature légalisée) demandant expressément que l'étudiant puisse suivre les cours et exercices de la Faculté de Médecine de Paris. Cette demande pourra être insérée dans le consentement réglementaire établi sur papier timbré.

Tout étudiant peut, sur simple demande adressée au doyen, faire transférer son dossier scolaire dans la Faculté ou Ecole d'une autre Université.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira le lundi 15 janvier 1940, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Défense nationale et Guerre. — Un arrêté ministériel en date du 15 septembre 1939 (*Journal officiel*, 17 septembre), attribue au sous-secrétaire d'Etat à la Défense nationale toutes les questions ressortissant au Service de Santé.

— ACTIVE. — Sont promus au grade de médecin colonel : MM. Mouchard, Graindorge, Curet et Bolotte.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Legler, Gardies, Forgues, Castay, Rolland et Membrey.

Au grade de médecin commandant : MM. Silic, Rollet, Peyre, Cavaillès, Moulines, Coumel, Cassou, Coudane et Bizien.

Au grade de médecin capitaine : MM. Feraud, Lemaire, Béguin, Moniatte, Benichou, Lardenois, Péan, Cunin et Etchecopar.

TROUPES COLONIALES. — Sont promus au grade de médecin colonel : MM. Guirriec, Tassy, Joly.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. de Gilbert des Aubineaux, Assali, Montagne, Huard.

Au grade de médecin commandant : MM. Guillermon, Beautes, Courbil, Chabrelie, Guillermin, Hostier, Bare, Berny, Roy et Crenn.

Au grade de médecin capitaine : MM. Sergent, Robert, Le Blouch, Goudin, Boussier, Laquintinie, Pelon, Lebreton, Roncin, Benderitter, Courtel, Cros, Lebreton et Morin.

Réserve (Le Journal Officiel *du 15 septembre 1939 publie la liste des officiers de réserve promus au grade de médecin colonel, médecin lieutenant-colonel, médecin commandant et médecin capitaine).*

Sont promus au grade de médecin colonel : MM. René Leriche, Capette, Bréchot et Cayrol.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Sauvé, Augé, Creyx, Chagnaud, Regnier, Paoli, Lombard, Delon, Arquembourg, Desplas, Brocq, Rouhier, Leclercq.

Au grade de médecin commandant : MM. Marmier, Le Pannetier de Roissay, Dana, Boutet, Chevalerias, Andrieu, Chasseray, Chenet, Andraud, Jeanson, Lecointre, Zivre, Lavoine, Thomassin, Badolle, Durand, Lévy, Blanches, Bonnat, Grèze, Soulière, Simon, Didier, Boulard, Pouget, Leclère, Ferran, Constantin, Rougier, Lelovch, Chevalier, Lebon, Serane et René Weill.

Le Journal Officiel *du 18 septembre publie la liste des médecins sous-lieutenants.*

Réserve. — Par décret du 9 septembre 1939, sont nommés, à compter du 1er septembre 1939, dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant. — Les médecins auxiliaires de réserve ci-après désignés (rang du 1er septembre 1936) :

Région de Paris. — MM. Gibon, Carrère, Ulmann, Lecler, Turotte, Blanchard, Boucheron Tabutiaux, Delabroise, Courtin, Dorey, Inizan, Laboure, Ben Amou, Chantala, Lebrun, Mercie, Meunier, Mattei, Legris, Laredo.

1re région. — MM. Deffrennes, Cattez, Danset, Delory, Lacombe, Leroy, Lehembre.

2e région. — MM. Henriet, James, Beneult, Geerlandt, Lhomme, Tessoulin, Blin, Dastugue, Cocquerez Huignard, Codron, Codron, Jongeryck, Roussy.

3e région. — MM. Dijon, Duboc, Buisson, Bréant.

4e région. — MM. Guilloux, Minot, Beasse, Dupont, Tuloup, Gibert,.

5e région. — MM. Motte, Laveau, Riant, Bosq, Lassave, Daret, Beaufils.

6e région. — MM. Fournier, Coutou, Adam, Bordier, Van Quaethem, Baudon, Bouchart, Darde, Goldmann, Parrot. Petit, Violette, Stemper, Bonnel, Boullet.

7e région. — MM. Marechallat, Philippe, Poinas, Nicolas, Bardin, Mignot, Joseph, Musy, Picard, Haas.

8e région. — MM. Mousset, Rolland.

9e région. — MM. Dupuy, L'Hoste, Cady, Gaignon, Tharaud, Morand, Lacourie.

11e région. — MM. Daubert, Gueguen, Jacobee, Dezaunay, Baty, David, Carric, Oliviero.

13e région. — MM. Boyer, Jorrand, Suttel, Menard, Morel, Mante, Clavel, Dutap.

14e région. — MM. Gras, Berthod, Marion, Soubeyran, Michel, Duvernay, Verrier, Giraud, Stavre, Tarle, Geay, Tourrier, Feraud, Barthelemy.

15e région. — MM. Sarradou, Preneron, Carrega, Colonna, Maury, Vailhe, Basile, Jourdan, Arlaud, Chiaverini, Grill, Jacquin, Frechinos.

16e région. — MM. Clanet, Cochy de Moncan, Marie, Valentin, Vieules, Gouzes, Mondou.

17e région. — MM. Sabathier, Raynaud.

18e région. — MM. Bernis-Bergeret, Cateigt, Chatonet, Pouchard, de Saint-Aubin, Casty, Lanusse, Barucq, Bristaut.

20e région. — MM. Guénalu, Rouveix, Jacquemin, Bonnet, Kennel, Geismar, Bours, du Fresnay, Ungerer, David, Ritter, Matthis, Kriegel, Maumus, Colin.

19e corps d'armée. — MM. Monpère, Sofferand, Le Cat, Gerstle, Battini, Ben Saïd, Le Bayou.

Troupes de Tunisie. — M. Estienne.

Troupes du Maroc. — MM. Campagne, Baysse.

(Rang du 1er septembre 1937) :

8e région. — M. Briand.

13e région. — M. Gallet.

Par le même décret sont promus :

Au grade de médecin lieutenant de réserve. — Les médecins sous-lieutenants de réserve ci-après désignés (rang du 21 juin 1939) :

1re région. — M. Valois.

(Rang du 22 juin 1939) :

14e région. — M. Rochedix.

(Rang du 24 juin 1939) :

14e région. — MM. Beaune, Faure-Brac.

(Rang du 6 juillet 1939) :

Région de Paris. — M. Maroger.

Ministère de la Santé Publique. — *Cabinet technique du ministre* (section de médcine et d'hygiène). — Chef : le Dr André Cavaillon, inspecteur général des services d'hygiène ; sous-chefs : Mme le Dr Thérèse Brosse, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique de cardiologie ; M. Pierre Marcel, secrétaire général de l'assistance aux blessés nerveux de la guerre ; Mme Andrée Beaufort, ancienne inspectrice des dispensaires d'hygiène sociale (chargée de mission).

L'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, desservi par les religieuses Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris, 66, rue des Plantes, Paris (14e), continue les consultations et hospitalisations de malades dans les conditions ordinaires.

Les consultations ont lieu :

Chirurgie : les lundis à 15 heures, vendredis à 9 heures.

Médecine : les lundis et jeudis à 15 heures, mardis à 9 heures.

O. R. L. : les mardis et samedis à 9 heures.

Soins dentaires : le jeudi à 8 heures.

Voir la suite des Informations, page 1274

REVUE GENERALE

PHYSIOLOGIE DU TISSU PULMONAIRE

Par Pierre J. Robert

Interne des Hôpitaux de Marseille

Le poumon est constitué par le mélange intime et l'intrication de deux systèmes :

— Le premier, caractérisé par sa structure épithéliale, est le *système bronchique*, dont les sacs fibreux des alvéoles représentent les terminaisons. Il est destiné à la circulation de l'air (voies aérophores).

— Le second, caractérisé par son origine mésenchymateuse, est fait de *tissu conjonctif à cellules différenciées* (petites cellules nucléées) et surtout d'un *réseau capillaire* considérable. Il est destiné à la circulation du sang, qui y subit les modifications chimiques de la respiration.

La notion de lobule pulmonaire paraît à l'heure actuelle un peu périmée. Certes, le lobule existe, tel qu'il est défini par l'anatomie. Mais, du point de vue physiologique, il présente le poumon comme une glande aérienne, et cette conception insuffisante a entravé l'étude des fonctions de cet organe. Il est permis maintenant de ne considérer que le tissu pulmonaire. Ce tissu possède la fonction respiratoire, mais de plus est le siège de phénomènes non respiratoires, dont l'importance s'avère de jour en jour plus grande.

Tout se passe comme si les voies aérophores avaient creusé, pénétré le mésenchyme pour lui apporter l'oxygène à répartir dans l'organisme. Les bronches ont apporté l'air au milieu d'un réseau sanguin prêt à le recevoir, tandis que le tissu conjonctif développait ses aptitudes métaboliques et défensives. En définitive, le poumon est devenu un organe à double courant, sanguin et aérien.

Le tissu pulmonaire a, pour principal élément, *l'alvéole*, avec ses annexes conjonctives et vasculaires. Il est « ce complexe au niveau duquel se fait le conflit entre l'air et le sang » (Policard). Nous n'envisagerons pas dans cette revue générale les voies de circulation de l'air et du sang (système bronchique et appareil circulatoire pulmonaire), ni le squelette fibreux du poumon.

Rappel histologique

L'alvéole pulmonaire se compose d'un stroma solide, d'un revêtement intérieur tapissant sa cavité, de capillaires sanguins développés et d'annexes conjonctives.

1° *Le stroma de l'alvéole* est constitué de fibres unies par une substance fondamentale amorphe. Il faut distinguer : un réseau de soutien, tissé de fibres réticulées ou grillagées, et un dispositif élastique, dont les fibres sont surtout serrées au niveau du collet de l'alvéole.

A cet orifice élastique est annexé une couche musculaire (sphincter lisse plexiforme de Dubreuil) dernier vestige des terminaisons bronchiques.

2° *Le revêtement alvéolaire* est discontinu : des groupes de cellules nucléées sont séparés par des espaces où les capillaires sont directement en contact avec l'air alvéolaire.

La plaque anucléée qui, pour les classiques, était « un élément hautement différencié en vue de la respiration » est niée par Policard. Il ne s'agit là, dit cet auteur, que de prolongements membraniformes des petites cellules.

La cellule nucléée alvéolaire est l'élément primordial du parenchyme pulmonaire. Globuleuse, mesurant de 10 à 20 μ, elle possède un noyau ovoïde, encroûté de chromatine.

Le protoplasme est d'aspect variable (Policard). Ou bien il est dense, foncé, presque homogène; ou bien, il est vacuolaire, spumeux dans les cellules plus âgées. Il contient de nombreux chondriosomes, un appareil de Golgi. Les enclaves lipoïdes y sont abondantes, voisinant avec des vacuoles remplies de graisses neutres. La cellule nucléée renferme aussi de nombreuses inclusions : granulations de pigments, poussières d'origine atmosphérique, cristalloïdes protéiques. Cette richesse du protoplasme incite à penser que la cellule nucléée constitue vraiment « l'appareil métabolique du poumon » (Fried).

La cellule alvéolaire est d'origine conjonctive : c'est un histiocyte arrêté dans l'alvéole. Nier la continuité du revêtement alvéolaire, c'est aussi nier l'origine épithéliale de la petite cellule nucléée : telle est l'opinion soutenue par Policard contre les auteurs classiques.

Dans la cavité alvéolaire se trouvent des cellules libres : ce sont les *cellules à poussières*, de tailles et d'aspects très variables. Elles sont en contact, à la surface du revêtement alvéolaire, avec une mince couche de liquide d'ultra-filtration, *l'humeur intra-alvéolaire*. La composition de ce « film liquide » varie suivant les produits de sécrétion ou de déchets (lipoïdes) qu'y déversent les cellules sous-jacentes.

3° *Les capillaires sanguins* de l'alvéole sont excessivement développés. Leurs cellules ont gardé le type embryonnaire : elles sont larges, irrégulières et permettent au sang de s'étaler en une vaste nappe apte aux échanges gazeux.

4° *Le tissu conjonctif.* Entre les alvéoles, et les groupant en lobules pulmonaires, se trouve du tissu conjonctif. Les classiques distinguent le *tissu intra-lobulaire*, mieux qualifié inter-alvéolaire, et le *tissu péri-lobulaire*, comportant des lamelles fibreuses. Retenons simplement qu'on décrit dans cet « interstitium » des éléments fibreux de soutien et des éléments élastiques, qui confèrent au parenchyme pulmonaire son extensibilité et sa rétractilité.

Dans ce tissu conjonctif interstitiel cheminent les bronchioles terminales et les vaisseaux sanguins.

Les terminaisons bronchiques possèdent une musculature (muscle de Reissessen) développée jusqu'aux orifices des alvéoles. Leur mode de division, étudié par Laguesse et d'Hardivillier, ne présente qu'un intérêt relatif.

Les artérioles pulmonaires, sont, elles aussi, très musclées et élastiques; elles pénètrent dans les lobules, tandis que *les veines et les lymphatiques* sont situés dans les espaces interlobulaires.

Quant *aux terminaisons nerveuses,* elles sont encore mal connues; elles n'ont pas été décelées dans le stroma alvéolaire.

Le parenchyme pulmonaire est très riche en *formations lymphoïdes,* ou plus exactement réticulo-endothéliales. Argaud ne va-t-il pas jusqu'à dire que dans le poumon prédominent les *éléments réticulo-endothéliaux* en possession de toutes leurs fonctions? Dans le stroma de l'alvéole, les « nids de noyaux » (Guyesse-Pellissier) sont constitués par des histiocytes, des micronodules lymphoïdes, des mégacaryocytes et des leucocytes éosinophiles; les cellules à poussières en seraient une émanation. Dans le tissu interstitiel, les nodules lymphoïdes sont nombreux et plus compacts.

L'histologie présente bien le poumon comme un « organe conjonctif et vasculaire aéré ». Elle permet de mieux comprendre les notions actuellement acquises sur la physiologie du tissu pulmonaire, notions dont nous pouvons maintenant aborder l'étude.

I. — Les fonctions respiratoires

La respiration pulmonaire est en somme le résultat de phénomènes mécaniques, circulatoires et chimiques.

1° *Les phénomènes mécaniques* assurent la ventilation pulmonaire. Nous ne les décrirons pas ici. Le parenchyme alvéolaire y participe seulement par son extensibilité et sa rétractilité, propriété dues à ses fibres élastiques. De plus, les fibres musculaires lisses, pénétrant intimement le poumon, lui permettent parfois de se contracter de façon autonome — par exemple, autour d'une lésion.

2° *Les phénomènes circulatoires* concernent plus particulièrement le tissu pulmonaire. Le sang est amené au contact de l'air en un courant ralenti, variable suivant les territoires et suivant les moments. Le volume du sang passant dans le système vasculaire du poumon est considérable (21 litres par minute) : le parenchyme pulmonaire est une « éponge de sang » ou mieux une « plaie à vif » au contact de l'air.

Ces deux facteurs : volume sanguin et ralentissement de la circulation font du poumon une véritable dérivation (« Shunt ») de la circulation générale, un réservoir, et dans les cas pathologiques un bassin de surverse rempli peu à peu (stase passive) ou subitement (œdème aigu).

Une notion classique veut que la mécanique pulmonaire préside aux variations de la circulation : « Le moment où le poumon contient le plus d'air est aussi celui où il contient le plus de sang ».

Des expériences d'histophysiologie montrent que le régime circulatoire est autonome non seulement pour le parenchyme pulmonaire en totalité, mais pour les divers territoires de ce parenchyme. La circulation est active en certains points, tandis que d'autres parties subissent un repos fonctionnel. Wearn a observé que les capillaires s'ouvrent ou se ferment spontanément. A la faveur de la stagnation sanguine ou de la contraction des capillaires, certaines cellules, certains parasites, certains corps solides (carbone, poudre de pierre ponce) ou liquides (globules de graisses) s'arrêtent au niveau des alvéoles.

La motricité des capillaires ou des artérioles du poumon a été mise en évidence par l'action de certaines substances.

L'adrénaline, l'ergotine, l'acétylcholine font se contracter les vaisseaux; le nitrite d'amyle et l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse les dilatent. L'histamine, d'après les recherches de Ungar, serait le vaso-constricteur normal au sein du tissu pulmonaire.

Les vaisseaux du parenchyme pulmonaire ne sont donc pas soumis simplement aux lois de l'hydrodynamique. Une riche innervation sensitive, une vasomotricité puissante leur assurent une certaine indépendance.

3° *Les phénomènes chimiques* de la respiration pulmonaire consistent en échanges gazeux entre l'air alvéolarie et le sang. Le sang absorbe de l'oxygène et élimine du gaz carbonique.

Par quels mécanismes se produisent ces transits gazeux? Deux explications doivent être également admises :

a) L'une invoque des *phénomènes de diffusion.* La paroi-alvéolo-capillaire, malgré sa complexité, peut être considérée comme une membrane perméable simple, d'une épaisseur de 2 à 3 μ. Les gaz la traversent grâce à leurs différences de tensions partielles.

En effet, la tension partielle de l'oxygène est de 107 mm. (de mercure) dans l'air alvéolaire, de 37 mm. dans le sang : l'oxygène passe dans le sang.

La tension partielle du gaz carbonique est égale à 40 mm. dans l'air alvéolaire, à 46 mm. dans le sang. Petite différence, mais le pouvoir de diffusion du gaz carbonique est vingt-cinq fois plus grand que celui de l'oxygène. Le gaz carbonique passe donc dans l'air alvéolaire.

Ces données ont été révisées ces dernières années grâce à l'aérotonométrie pour le sang (Krogh) et aux analyses de l'air alvéolaire (Haldane et Priestley).

Une précision a été apportée à cette théorie de la diffusion. Demoor a montré l'importance de l'humeur intra-alvéolaire. Cette mince couche de liquide joue un rôle actif. Elle sert d'intermédiaire entre l'air et le sang, car elle dissout les gaz.

La solubilité des gaz varie suivant la composition chimique de ce milieu, composition en rapport avec le métabolisme des cellules alvéolaires. Elle dépend aussi de la tension superficielle du liquide qui tapisse l'alvéole (loi de Graham); or, les déchets lipoïdes abaissent la tension de surface; la dissolution et le passage des gaz sont ainsi facilités.

Lorsque la lipodiérèse pulmonaire est insuffisante, la diminution des déchets lipoïdes donne à l'humeur intra-alvéolaire une tension superficielle plus élevée et s'oppose dans une certaine mesure au passage des gaz, à l'oxygénation du sang. C'est là un petit facteur d'insuffisance respiratoire.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine**.

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cysvéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

Le degré d'imbibition du stroma amorphe de l'alvéole entre aussi en ligne de compte (Rühl) : le moindre œdème diminue le transit gazeux.

b) *La deuxième explication* des échanges gazeux, au niveau du tissu pulmonaire, met en jeu *le pouvoir de saturation de l'hémoglobine par l'oxygène*. Elle tient compte des diverses conditions présentées par le milieu d'échange : température, tensions partielles des gaz, tensions superficielles des humeurs, acidité ionique ou pH.

Les courbes établies par Barcroft relativement à la saturation de l'hémoglobine (ou à la dissociation de la carbo-hémoglobine) confirment ces données. Par exemple, l'une d'elles démontre que la quantité d'oxygène combiné dans le sang est inversement proportionnelle à la quantité de gaz carbonique de l'air alvéolaire. Une autre, que l'abaissement de la température favorise la saturation de l'hémoglobine par l'oxygène.

En résumé, chaque explication concerne une partie des gaz échangés. La diffusion s'applique aux gaz dissous dans le sang. Les phénomènes de saturation ou de dissociation se produisent pour les gaz combinés (à l'hémoglobine, aux protéines, à certains sels alcalins).

c) *Une troisième théorie* (Bohr), d'après laquelle les cellules pulmonaires « secrèteraient » l'oxygène dans le sang, n'est plus admise actuellement.

Un fait est à retenir. L'air alvéolaire est de composition homogène : une tension partielle de 40 mm. de gaz carbonique dans cet air alvéolaire est une constante physiologique, que l'organisme s'efforce de maintenir fixe, comme il maintient invariable sa température.

C'est pourquoi, en fréquence comme en amplitude, la ventilation du poumon est constamment sous le contrôle du système nerveux; celui-ci met en œuvre les mécanismes compensateurs apte à faire les corrections nécessaires. Le gaz carbonique du sang artériel est l'excitant normal et principal du centre nerveux respiratoire.

Les phénomènes chimiques de la respiration sont la conséquence des conditions optima réalisées dans le tissu pulmonaire. Le poumon respiratoire ne travaille pas comme une glande. Il réalise seulement un milieu apte aux échanges gazeux, une vaste membrane perméable séparant le milieu intérieur de l'atmosphère.

Mais les petites cellules nucléées, caractéristiques du tissu pulmonaire, n'interviennent pas directement dans la respiration. Quelles sont donc leurs fonctions?

II. — Les fonctions non respiratoires ou internes

La riche irrigation du tissu pulmonaire est nécessaire aux échanges gazeux de la respiration. Elle favorise aussi d'autres transformations chimiques du sang. Elle invite le poumon à participer à la défense de l'organisme contre les agents infectieux ou toxiques, et à maintenir l'équilibre du milieu intérieur.

L'ensemble des activités chimiques du poumon a un retentissement sur la température et sur la nutrition générale de l'organisme.

Pour plus de clarté, l'exposé des fonctions dites internes du tissu pulmonaire est divisé en quatre parties :

1° *Fonctions métaboliques.*
2° *Fonctions de défense.*
3° *Actions sur le sang.*
4° *Action trophique générale.*

1° Fonctions métaboliques.

a) *Les lipides.* — Le poumon est le premier organe que rencontrent les graisses absorbées par le tube digestif.

L'histologie (Gilbert et Jomier) montre la présence de masses graisseuses (globules soudanophiles) dans les capillaires du poumon normal. Elle décrit des cellules à graisse, à granulations colorées en rouge vif par la teinture d'orcanette, et des enclaves graisseuses (corpuscules noirs par coloration à l'acide osmique) dans les cellules à poussières. Toutes ces figures histologiques deviennent plus nombreuses après l'injection d'huile dans la trachée ou le sang veineux.

Il est possible de distinguer, en définitive :

— La graisse intra-capillaire, d'apport récent;

— La graisse adventitielle et péribronchique, mise en réserve;

— La graisse interstitielle ou alvéolaire, soumise à la dégradation.

Des expériences physiologiques, des analyses du sang prélevé d'une part dans le cœur droit, d'autre part en aval du cœur gauche, prouvent que les graisses sont retenues au niveau du tissu pulmonaire. Leur sort est lié à deux éventualités. Une partie des graisses est mise en réserve dans le parenchyme pulmonaire et en d'autres points de l'organisme. Une autre partie est divisée par oxydation grâce à une diastase; il existe, en effet, dans le poumon une *lipase*, qui dédouble les éthers et les glycérides (A. Meyer et Morel).

Ces deux actions du tissu pulmonaire ont été mises en évidence par H. Roger et L. Binet (1920) et nommées, la première : *fonction lipopexique*, la seconde : *fonction lipodiérétique*.

La lipodiérèse est un phénomène d'oxydation, une combustion, qui se produit non seulement dans le poumon, mais aussi dans d'autres organes (en particulier, le foie, les ganglions, etc...).

L. Binet, par de nouvelles expériences, nous a appris que les acides gras volatils subissent aussi, au niveau du poumon, une fixation et une combustion. Cette dernière ne se produit plus après blocage du système réticulo-endothélial à l'encre de Chine.

Il existe en pathologie expérimentale (L. Binet) et humaine (R. Debré), une affection caractérisée par des troubles du métabolisme des lipides au niveau du poumon : c'est la stéatose pulmonaire. A la lumière de recherches récentes, on peut affirmer que cette affection n'est pas due, comme on le croyait, à l'inhalation d'aliments gras ou d'huiles médicamenteuses; elle coexiste avec des troubles profonds de la nutrition générale.

En dehors des graisses, d'autres dérivés lipidiques sont à envisager.

Le cholestérol (Abelous et Soula), *les lécithines* (Grigaut et Yovanovitch) diminuent dans le sang

après son passage à travers le poumon. Le cholestérol se fixe dans les cellules alvéolaires sous forme d'enclaves histologiquement décelables, véritables petits xanthomes (Seemann).

b) Les glucides. — Claude Bernard avait entrevu l'action du poumon sur les sucres.

Les travaux de Mauriac et ses élèves (1924), de Bathery, Roger et Binet ont montré que le tissu pulmonaire possède d'une part un *pouvoir glycolytique*, d'autre part la propriété de *dédoubler les glyco-protéides* en libérant le glucose.

Au niveau des alvéoles se produit une combustion d'hydrates de carbone, en quantités minimes certes par rapport à la consommation des muscles. Dans l'asphyxie, on note toujours de l'hyperglycémie, et le poumon contient plus de sucre qu'à l'état normal.

Le tissu pulmonaire est doué, in vitro, d'un pouvoir glycolytique très marqué. La perfusion du poumon avec du sang citraté, la ventilation étant artificiellement maintenue, donne lieu à une diminution du sucre par glycolyse.

Les cellules alvéolaires sont capables de digérer l'amidon introduit par les voies aériennes.

c) Les protides. — L'intervention du poumon dans le métabolisme des substances azotées n'avait suscité jusqu'à présent que peu de recherches. En 1927, Tscharny constatait la diminution de l'azote résiduel dans le sang artériel par rapport au sang veineux.

Etant donné l'existence de ferments protéolytiques dans le tissu alvéolaire, il est logique de supposer que ce tissu digère les protéines.

L. Binet et D. Bargeton ont commencé, dès 1935, à démontrer ce qu'ils nomment le *pouvoir désaminant* ou *l'amino-acidodiérèse*. En perfusant un poumon ventilé avec du sang contenant un acide aminé, l'alanine, ils constatent la production d'ammoniaque et d'acide pyruvique, dus à la désintégration. En ajoutant au sang perfusant un dipeptide, la glycylglycine, ils notent de même l'augmentation de l'ammoniogénèse. On sait par ailleurs que le taux de l'ammoniaque sanguine s'élève au cours des asphyxies.

P. Duval, par ses recherches sur la pathogénie des lésions pulmonaires post-opératoires, a été amené à envisager les inter-réactions existant entre le poumon et les polypeptides du sang. Le tissu pulmonaire pourrait difficilement détruire ou laisser passer les grosses molécules de polypeptides, d'où la production d'infarctus lors des hyperpolypeptidémies.

Cependant, L. Binet et Burstein ont constaté la diminution des polypeptides sanguins dans le poumon ventilé et perfusé. La diminution de glutathion réduit est un cas particulier, vérifié expérimentalement, de cette protéolyse pulmonaire.

Enfin, il est aussi démontré que le parenchyme alvéolaire est un des lieux de destruction de l'histamine (histaminolyse) comme des autres acides aminés.

Retenons pour le moment l'existence d'un *pouvoir protéolytique* du poumon, mais cet organe n'est pas le centre principal de destruction des substances azotées.

d) Les substances minérales. — Les rapports des électrolytes dans le sang subissent des variations au cours de la traversée pulmonaire.

Les modifications humorales constatées lors des asphyxies l'indiquent nettement : augmentation du *calcium*, des *phosphates*, du *soufre*, du sang — diminution du *chlore* globulaire.

Par sa fonction respiratoire, le tissu pulmonaire participe à *l'entretien de la réserve alcaline.*

La réserve alcaline répond au volume de gaz carbonique correspondant aux bicarbonates contenus dans 100 CC de plasma. Elle exprime les moyens de défense dont dispose l'organisme pour lutter contre l'acidose. En éliminant plus ou moins de gaz carbonique, le poumon libère les radicaux alcalins nécessaires à saturer les radicaux acides.

On observe donc une hyperventilation pulmonaire dans les acidoses non gazeuses (moins de bicarbonates dans le sang — exemple : fièvre élevée) et les alcaloses gazeuses (moins de CO_2 dans le sang — exemple : mal des montagnes, anémie grave).

Au contraire, on observe une diminution de la respiration dans les alcaloses non gazeuses (plus de bicarbonates dans le sang — exemple : vomissements incoercibles) et les acidoses gazeuses (plus de CO_2 dans le sang — exemple : asphyxie, emphysème, granulie).

e) L'eau. — Le parenchyme alvéolaire est au plus haut point hydrophile; il constitue une vaste nappe humide où l'évaporation est facile. Par le poumon, l'organisme perd de l'eau.

Aussi le sang est-il moins riche en eau après son passage dans cet organe qu'à l'entrée. Ses composants chimiques ont un taux légèrement plus élevé : le sang se « concentre ».

f) Les pigments. — Indépendamment des modifications subies par l'hémoglobine, pigment respiratoire, se produisent dans les alvéoles des dégradations et des dépôts de pigments d'origine endogène. On trouve donc parmi les cellules un pigment ocre, ferrugineux, un pigment noir, des pigments biliaires. Ces transformations manifestent, ici comme ailleurs, l'activité des éléments réticulo-endothéliaux.

g) Les vitamines. — Au sujet des vitamines, on sait que le tissu pulmonaire contient les vitamines liposolubles, A et D. Les variations de leurs taux n'ont pas été encore, à notre connaissance, approfondies.

En résumé, le tissu pulmonaire possède une activité métabolique considérable. Il consomme par combustion certains éléments assimilés par le tube digestif. Il excrète certains déchets. L'ensemble de ces actions cataboliques dégage de la chaleur, et c'est pourquoi le poumon est un des principaux agents de la thermogénèse dans l'organisme. Grâce à sa circulation d'air, il adapte l'organisme aux conditions extérieures, en favorisant plus ou moins les réactions exothermiques d'oxydation.

La qualité ou le rendement des combustions organiques peuvent être appréciés numériquement soit par le quotient respiratoire, rapport $\frac{CO_2}{O_2}$, soit par le chiffre du métabolisme de base.

Dans le tissu pulmonaire, ce sont les éléments d'origine conjonctive qui effectuent toutes ces transformations chimiques non respiratoires : la cellule nucléée, la cellule alvéolaire libre et le conjonctif histiocytaire.

2° Fonctions de défense.

Le poumon participe activement à la défense de l'organisme contre les agressions extérieures. Tout le long de l'arbre respiratoire, le système réticulo-endothélial assure un rôle actif de protection.

Le tissu pulmonaire s'oppose de trois manières aux corps nocifs, vivants ou inertes :

Par fixation ou arrêt;

Par phagocytose;

Par élimination.

a) *Fixation ou arrêt.* — Il est facile de comprendre que les particules solides sont bloquées dans le réseau des capillaires pulmonaires; nous avons déjà signalé cette propriété d'arrêt des vaisseaux. De nombreux faits expérimentaux ou pathologiques la démontrent. Des émulsions de corps gras, des suspensions de particules solides introduites en amont de la circulation pulmonaire sont arrêtées au niveau des alvéoles. Des cellules néoplasiques, des embolus microscopiques donnent naissance ainsi à des métastases ou à des inflammations localisées.

Chez les sujets normaux, l'atmosphère apporte dans le tissu pulmonaire des poussières qui constituent une pigmentation indélébile : particules de suie et de houille (d'où l'anthracose). Certaines substances exogènes minérales, ainsi fixées, donnent une image du sol : roches calcaires, siliceuses, argileuses, etc... et certaines poussières pulmonaires sont d'origine professionnelle (pneumoconioses).

Apportées par les voies aériennes ou par la circulation sanguine, les corps étrangers sont un facteur de sclérose, qui, dit fixation, dit immobilisation, donc perte d'élasticité du tissu pulmonaire.

Grâce à ses lipoïdes, le poumon arrête et stabilise des substances étrangères à l'organisme, en particulier les alcaloïdes. C'est là une propriété antitoxique nette, mais elle ne lui est pas particulière.

b) *Phagocytose.* — Il est une cellule spécialisée dans la phagocytose : c'est la cellule à poussière, située dans l'alvéole. Sa capacité de digestion s'exerce vis-à-vis d'éléments vivants : microbes, parasites, hématies. Les éléments inertes : pigments organiques, colorants vitaux, sont simplement englobés.

Les polynucléaires et surtout les monocytes manifestent leur fonction défensive dans le parenchyme alvéolaire; certaines incitations spécifiques provoquent leur afflux rapide (alvéolite à monocytes), ainsi que l'apparition des propriétés d'immunité locale.

Précisons ici la situation des corpuscules inassimilables dans le tissu pulmonaire. Les uns, que nous avons envisagés au paragraphe précédent, sont fixés dans le système capillaire ou dans le tissu conjonctif interalvéolaire. Les autres ayant été phagocytés, restent dans les cellules à poussières ou dans les leuco-

cytes; ils sont donc éliminés ensuite par les voies aériennes.

c) *Elimination.* — Les cellules intra-alvéolaires ne constituent pas le seul mode d'élimination du poumon.

Le tissu pulmonaire possède un pouvoir excréteur : il chasse de l'organisme les liquides volatils et les gaz nuisibles, en vertu des phénomènes de diffusion déjà étudiés. Il livre passage aux substances volatiles contenues dans le sang : alcool, essences. Il élimine une importante quantité d'eau (un demi-litre par vingt-quatre heures).

Mais, malheureusement, la membrane alvéolaire ne s'oppose pas au passage des gaz toxiques, dès que leur tension partielle dans l'atmosphère est assez élevée (application : narcose par inhalation — intoxication par les gaz de combat).

Nous n'avons pas à parler ici des éliminations nombreuses qui se font par les cellules des bronches, à la faveur de la sécrétion du mucus.

3° Actions sur le sang.

Le poumon joue un rôle important dans la circulation du sang et dans sa composition chimique. Il modifie aussi ses cellules et ses propriétés biologiques. Bien que mal élucidées, ces modifications méritent une mention particulière.

Le tissu pulmonaire fournit à l'expression un suc anticoagulant. A l'état normal, il diminue la coagulabilité du sang qui le traverse.

La ventilation pulmonaire assure l'oxygénation des globules rouges du sang. Si la ventilation diminue, le nombre des globules, à l'affût de l'oxygène raréfié, augmente. Ces hématies proviennent du réservoir splénique, contractile, et de vaso-constrictions viscérales, puis, à la longue, des tissus hémopoïétiques. La polyglobulie, nette ou relative, se rencontre dans les insuffisances respiratoires : asphyxie, emphysème, artérite pulmonaire, congestion pulmonaire passive.

Inversement, lorsque le taux des hématies diminue (anémie), la ventilation pulmonaire augmente.

Au niveau de l'alvéole, les globules blancs du sang ne restent pas passifs. Les polynucléaires exercent leurs propriétés phagocytaires. Ils émigrent hors des vaisseaux par diapédèse. Ils se chargent parfois de granulations éosinophiles, et circulent ensuite à nouveau dans le sang, ou bien pénètrent dans l'alvéole. Sous l'influence d'irritations locales particulières, l'alvéole devient un centre d'éosinophilie (Ménard) aux dépens des polynucléaires neutrophiles.

Il existe donc, entre le sang et le tissu pulmonaire, des corrélations favorisées par le régime de la circulation.

4° Action trophique générale.

La respiration et les fonctions métaboliques du poumon constituent évidemment un des piliers de l'équilibre normal de l'organisme.

Inutile d'invoquer une déficience endocrinienne pour expliquer l'hypotrophie des enfants à thorax étroit et déformé, ou encore l'obésité légère qui se révèle après guérison d'une bronchopneumonie grave : ce sont des insuffisances fonctionnelles du poumon. Dans les anémies pernicieuses, la polypnée permet l'oxygénation suffisante du sang, mais aussi elle consume les graisses et fait maigrir. Prevel, en un article détaillé (1922), a bien étudié tous les états d'obésité et de maigreur d'origine respiratoire.

Les sujets fragiles ou chétifs sont souvent des sujets qui ne peuvent ou ne savent pas respirer correctement.

« Il existe un rapport, étroit et mal connu encore, entre l'équilibre nerveux et la respiration. » (P. Delore). Depuis la plus haute antiquité, il s'est trouvé des médecins ou des philosophes pour conseiller les exercices respiratoires dans le but de développer le corps et l'esprit.

Conclusion

La physiologie du tissu pulmonaire est une physiologie « corrélative » : les fonctions du poumon sont liées les unes aux autres, qu'elles soient respiratoires, métaboliques ou défensives. Elles dépendent aussi du fonctionnement harmonieux des autres viscères, en particulier du cœur : la synergie qui existe entre le cœur et les poumons, la circulation et la respiration est la plus remarquable à tous les points de vue.

Nous commençons à bien connaître l'ensemble des activités du tissu pulmonaire. Aussi pouvons-nous, dès à présent, distinguer, à travers certains états pathologiques, des troubles dus à l'hyperfonctionnement du tissu pulmonaire, d'autres dûs à son hypofonctionnement.

Conformément aux idées exprimées par P. Delore, nous pourrions ébaucher une description de « physio-clinique » et ce serait là notre conclusion.

Au point de vue physio-pathologique, la tuberculose pulmonaire représente une *hyperfonctionnement pulmonaire :*

— Hyperventilation pulmonaire (polypnée) et alcalose sanguine;

— Augmentation de la circulation pulmonaire (signes de congestion périlésionnelle, petit cœur gauche avec pâleur);

— Combustion exagérée des graisses, des hydrates de carbone et des protéines, avec, corollaire de ce catabolisme, amaigrissement et augmentation de la température (fièvre).

La principale indication thérapeutique de cette « hyper-pneumie » est le repos du poumon. N'est-ce pas là, pratiquement, notre seule arme contre la phtisie ?

Inversement, *l'insuffisance pulmonaire* (« hypopneumie ») se rencontre couramment : l'emphysémateux a une mécanique pulmonaire déficiente ; sa circulation pulmonaire est diminuée au profit de la grande circulation, d'où un faciès congestif. Les graisses mal brûlées se déposent à la périphérie, donnant un certain degré d'obésité. L'excès de gaz carbonique dans le sang entretient une petite acidose.

Tels sont les deux grands syndromes pulmonaires à opposer l'un à l'autre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 4 septembre 1939

Action de l'insuline sur la chronaxie du pied d'escargot. — M. Raymond Cahen. — Les faits expérimentaux apportés par l'auteur concordent avec ceux observés par Regnier sur les troncs nerveux cocaïnisés. Ils confirment que, dans ses effets sur le muscle lisse, l'insuline se comporte comme un poison potentiel.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 19 septembre 1939

Séance de rentrée. — La séance est présidée par M. le médecin général inspecteur Sieur, président de l'Académie, assisté de M. Louis Martin, vice-président, et de M. Georges Brouardel, secrétaire annuel.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

« Mes chers Collègues,

« En déclarant ouverte cette séance de rentrée, je suis certain de répondre à votre pensée à tous en adressant notre salut cordial à tous les membres du Corps médical servant au front et à l'intérieur, quelle que soit leur situation dans la hiérarchie militaire.

« Au cours d'une guerre sans précédent, le Corps médical français s'est acquis une réputation mondiale par son organisation, par le nombre et la valeur de ses travaux scientifiques. Par leur dévouement, leur science et leur abnégation, ses membres se sont conciliés à tout jamais la reconnaissance des malades et des blessés auxquels ils ont prodigué leurs soins. Beaucoup d'entre eux ont dû, ces jours derniers, rejoindre nos armées, d'aucuns accompagnés, cette fois, par leurs enfants. Nul doute que les aînés sauront transmettre à leurs cadets les fruits d'une expérience acquise au milieu des pires difficultés et que tous auront à cœur de prodiguer aux victimes de cette nouvelle guerre les soins les plus éclairés et les plus dévoués.

« L'Académie de Médecine accueillera comme par le passé, avec tout l'intérêt qu'ils méritent les travaux qu'ils voudront bien lui communiquer et elle s'efforcera d'obtenir des Pouvoirs Publics les améliorations qu'ils jugeraient utiles d'apporter dans le traitement de nos blessés.

« Après avoir salué nos admirables soldats qui, sans hésitation, se sont rendus au nouvel appel de la Patrie en danger, je ne puis céler l'admiration que j'éprouve à l'égard des Polonais, nos alliés. Ils luttent avec un courage et une énergie qui leur valent l'admiration du monde.

« Leurs efforts et ceux de leurs alliés seront couronnés de succès et notre chère France, de nouveau victorieuse, reprendra bientôt, dans le monde, la mission pacifique qui lui est dévolue. »

Après cette allocution soulignée d'applaudissements chaleureux, notamment quand fut prononcé le nom de la Pologne, l'Académie se forme en Comité secret.

INFORMATIONS

(suite de la page 1262)

Clinique obstétricale Baudelocque (121, boulevard de Port-Royal). Professeur : M. A. Couvelaire.

Stage de cours de perfectionnement, du 2 au 28 octobre, sous la direction du professeur Couvelaire, avec l'assistance de MM. Portes, Lacomme, Sureau, Lepage, accoucheurs des hôpitaux ; M. Powilewicz, Mme Anchelbach, Mme Fayot-Petit-Maire, anciens chefs de cliniques ; MM. Cohen et Grasset, chefs de clinique ; M. Hanoun, interne des hôpitaux.

a) *Stage clinique :*

Le stage pratique comporte : des exercices cliniques individuels (examens de femmes gravides, parturientes ou accouchées avec discussion du diagnostic et du traitement) ; l'assistance aux accouchements et opérations, aux consultations de la policlinique et du dispensaire antisyphilitique.

b) *Leçons de pathologie obstétricale :*

Ces leçons auront lieu chaque matin, à 11 heures, et porteront sur les sujets suivants :

Diagnostic de la gestation au début. — Déformations pelviennes. — Pathologie de la contraction utérine. — Anomalies de la dilatation du col. — Complication de la délivrance. — Gestations multiples. — Anomalies de situation de l'utérus gravide. — Hémorragies par insertion vicieuse du placenta. — Tuberculose et fonction de reproduction. — Syphilis et fonctions de reproduction (diagnostic clinique et sérologique, prophylaxie et traitement. — Infection de l'appareil urinaire pendant la gestation et la puerpéralité. — Cardiographies et fonction de reproduction. — Vomissements graves. — Albuminurie, œdèmes, hypertension et éclampsie convulsive. — Apoplexie utérine. — Infections puerpérales. — Complication de l'avortement.

D'autres sujets pourront être éventuellement traités à la demande des auditeurs.

c) *Leçons de technique opératoire.*

Ces leçons auront lieu l'après-midi, à 14 heures. Elles comprendront des démonstrations, exercices pratiques individuels et des présentations de films cinématographiques.

Droits d'inscriptions :

200 francs pour les étudiants ;

300 francs pour les docteurs en médecine.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures, ou à la salle Béclard (A. D. R. M. tous les jours, de 9 à 11 heures. et de 14 à 17 heures (sauf le samedi après-midi).

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine la mort du doyen du Corps médical de Vals-les-Bains, le Dr René Chabannes, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Fils du Dr Léon Chabannes, qui fut autrefois inspecteur des eaux de Vals, notre confrère et vieil ami, René Chabannes, continua l'œuvre paternelle. Pendant plus de cinquante ans, il s'est consacré au développement médical de la station en même temps qu'il prodiguait son dévouement à une population qu'il aimait et dont il était vénéré.

Très affectueusement, nous nous associons à la douleur qui frappe les siens. Que Mme René Chabannes, ses enfants et petits-enfants veuillent bien trouver ici l'expression émue de notre profonde sympathie. F. L. S.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de l'illustre maître portugais, Ricardo Jorge, décédé à l'âge de 81 ans.

Le Dr Henri Albertin, chirurgien de l'hôpital de la Charité, à Lyon.

Le professeur Bosch-Arana, titulaire de la chaire de médecine opératoire à la Faculté de Buenos-Aires.

Le Dr Henry Taulières, à Bordeaux.

— M. Jacques Déchavannes, interne des hôpitaux de Lyon.

— Le Dr G. Chavier (à Nice).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


BULGARINE
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL
DE BACILLES BULGARES
GOUTTES
BOUILLON
COMPRIMÉS
POUDRE
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

Nos 79-80. — 4-7 OCTOBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

La maladie de Parkinson traumatique, par M. R. CROSNIER.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Académie de Chirurgie. — Académie de Médecine.

Défense passive.

La protection des enfants.

Livres nouveaux.

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — M. Serge GAS, directeur général de l'Administration de l'Assistance publique vient de prendre les arrêtés suivants :

Le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris,

Vu la loi du 10 janvier 1849 et le règlement d'Administration publique du 24 avril suivant ;

Vu le règlement général sur le Service de Santé des hôpitaux et hospices civils de Paris ;

Considérant qu'il est nécessaire de garantir les internes, externes en premier et externes des hôpitaux mobilisés contre le préjudice moral résultant de l'usurpation éventuelle par leurs remplaçants du titre qu'ils ont obtenu au concours,

Vu l'urgence, le secrétaire général entendu,

Arrête :

Les dénominations suivantes sont attribuées aux élèves en médecine et en pharmacie désignés pour remplir à titre provisoire pendant la durée de la guerre les fonctions d'interne ou d'externe dans les hôpitaux.

I. — ELÈVES EN MÉDECINE. — 1° *Elèves en premier* : les externes ou anciens externes des hôpitaux (nommés au concours) désignés pour remplir les fonctions d'interne en médecine ; 2° *élèves adjoints en premier* : les élèves en médecine non externes désignés pour remplir les fonctions d'internes ; 3° *élèves adjoints en second* : les élèves en médecine désignés pour remplir les fonctions d'externes.

II. — ELÈVES EN PHARMACIE.

Les élèves en pharmacie désignés pour remplir les fonctions d'interne seront dénommés *élèves adjoints en pharmacie des hôpitaux.*

Fait à Paris, le 16 septembre 1939.

Le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris,

Vu la loi du 10 janvier 1849 et le règlement d'Administration publique du 24 avril suivant ;

Attendu qu'aux termes de l'article 155 du règlement sur le Service de Santé, « les internes, externes en premier et externes des hôpitaux reçus docteurs en médecine sont tenus de quitter immédiatement le service » ;

Considérant que l'application de cette disposition aux externes en premier et aux externes des hôpitaux titulaires du diplôme de docteur en médecine et mobilisés pendant la duré de la guerre a pour conséquence de les priver ultérieurement du droit de prendre part en qualité d'externe aux concours d'internat en médecine à ouvrir à l'issue de la période des hostilités.

Considérant, d'autre part, que la renonciation de la part des internes, externes en premier et externes des hôpitaux à la faculté d'obtenir le diplôme de docteur en médecine afin d'être maintenus, en conformité de l'article 155 susvisé dans les cadres des élèves des hôpitaux, a pour conséquence de les priver du droit éventuel à l'accession aux grades d'officiers du Corps de Santé militaire,

Vu l'urgence :

Arrête :

Article premier. — Les dispositions de l'article 155 du règlement sur le Service de Santé ne sont pas opposables aux internes, externes en premier et aux externes des hôpitaux de Paris, de nationalité française, mobilisés pendant la durée de la guerre, par application de la loi sur le recrutement de l'armée.

Ils pourront, en conséquence, s'ils ont obtenu le diplôme

de docteur en médecine (doctorat d'Etat) devant une Faculté française, être maintenus dans les cadres auxquels ils appartiennent jusqu'à l'expiration du temps d'exercice prévu par le règlement sur le Service de Santé.

Article 2. — Le présent arrêté a effet du premier jour de la mobilisation générale (2 septembre 1939).

Fait à Paris, le 18 septembre 1939.

Le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique à Paris,

Vu la loi du 10 janvier 1849 et le règlement d'Administration publique du 24 avril suivant ;

Vu le règlement sur le Service de Santé des hôpitaux et hospices civils ;

Considérant que, pendant la période des hostilités, des médecins, chirurgiens et spécialistes ne remplissant pas les conditions réglementaires normales sont appelés néanmoins à occuper des emplois d'assistant ou de chef de laboratoire.

Attendu qu'il importe que les situations de fait ainsi établies ne puissent permettre des usurpations de titre au préjudice des assistants ou chefs de laboratoire mobilisés,

Vu l'urgence,

Le secrétaire général entendu, Arrête :

Article unique. — Pendant la période des hostilités, les dénominations suivantes sont attribuées aux membres du personnel médical ou pharmaceutique des établissements hospitaliers de l'Administration :

Aides-médecins pendant la durée de la guerre, les médecins, non anciens internes des hôpitaux de Paris, désignés soit pour assurer la direction d'un service ou d'une consultation, soit pour occuper un poste d'assistant.

Aides-chirurgiens pendant la durée de la guerre, les docteurs en médecine, non anciens internes, désignés pour assurer la direction d'une consultation ou pour occuper un poste d'assistant.

Aides-accoucheurs pendant la durée de la guerre, les docteurs en médecine non candidats aux concours d'accoucheurs des hôpitaux désignés pour occuper un poste d'assistant.

Aides-spécialistes (otho-rhino-laryngologiste, ophtalmologiste, stomatologiste) pendant la durée de la guerre, les docteurs en médecine ne remplissant pas les conditions réglementaires pour occuper le poste d'assistant dont ils seront pourvus.

Aides-radiographes pendant la durée de la guerre, tous les docteurs en médecine affectés à un poste d'assistant ou d'attaché d'électro-radiologie et n'ayant pas été l'objet d'une nomination à l'un de ces titres.

Aide de laboratoire pendant la durée de la guerre, les docteurs en médecine affectés à un poste de chef ou de chef adjoint de laboratoire.

Aides-pharmaciens, les pharmaciens désignés pour assurer la direction d'une pharmacie hospitalière.

Fait à Paris, le 20 septembre 1939.

Hôpitaux psychiatriques de la Seine. — La date d'ouverture du concours pour 10 places d'interne en médecine dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine, qui avait été fixée au 16 octobre 1939, est reportée à une date ultérieure.

Facultés de Médecine. — *Le Journal Officiel* du 27 septembre publie la liste instituant les agrégés nommés au dernier concours. Nous publierons cette liste dans notre prochain numéro.

Ministère de la Santé publique. — Par arrêté en date du 22 septembre 1939, M. le Dr Alexis Carrel, M. E. de l'institut Rockfeller de New-York, Prix Nobel, est nommé chargé de mission au cabinet du ministre de la Santé publique.

L'Académie de Chirurgie tient beaucoup à rester en liaison avec tous ses membres titulaires, associés ou correspondants, ainsi qu'avec la jeune génération chirurgicale des chirurgiens des hôpitaux, des prosecteurs et des aides d'anatomie.

Cette liaison n'aura pas seulement pour but de faciliter une correspondance technique entre les chirurgiens ; elle pourra fournir aux chirurgiens mobilisés les renseignements de tous ordres dont ils sentiraient le besoin.

L'Académie de chirurgie désire être en quelque sorte la « marraine » des chirurgiens mobilisés.

Elle leur demande donc à tous de se mettre dès maintenant en rapport avec elle en lui indiquant leur adresse et en la tenant par la suite au courant de leurs modifications.

Certaine que les cadets seront dignes des aînés, elle leur adresse son fraternel salut et ses vœux les plus chaleureux.

Adresser toute correspondance :

Soit à l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (6e) ;

Soit au professeur Chevassu, 1, avenue de Tourville, Paris (7e).

La Société Médicale des Hôpitaux de Paris reprendra ses séances le vendredi 6 octobre 1939.

Voir la suite des Informations, page 1290

LA MALADIE DE PARKINSON TRAUMATIQUE

Par M. R. Grosnier
Médecin des Hôpitaux militaires

Le but de ce travail est de réaliser une mise au point du Parkinson traumatique. Aussi bien, relaterons-nous d'abord une observation personnelle suggestive, avant d'envisager la question même, dans son cadre et son ensemble.

Le malade G..., 38 ans, gendarme, est hospitalisé à l'Hôpital Bégin pour fistule sacrée consécutive à un traumatisme datant de février 1939, et justiciable d'intervention.

En outre, ce sujet présente un Hémiparkinson droit évident, qui fait en réalité l'objet de l'observation présente.

Ce sujet, sans antécédents particuliers, toujours bien portant et de constitution vigoureuse, sans tares syphilitique, alcoolique ou toxique quelconques a été victime de deux accidents distincts, dont la genèse mérite d'être précisée, en raison même de l'évolution très particulière du syndrome Parkinsonien qu'il présente.

Le premier accident, qui date du printemps 1935 est survenu à la suite d'une chute en bicyclette, ayant déterminé un traumatisme sérieux de la région pariéto-temporale gauche, sans fracture, la seule séquelle immédiatement appréciable n'étant autre qu'une surdité ayant duré tout au plus 3 ou 4 jours.

Le deuxième accident, en février 1939, est consécutif à un choc par automobile, ayant amené un traumatisme de la cuisse gauche et du coude gauche et secondairement un traumatisme cranien localisé dans la zone de la protubérance occipitale externe.

Six mois environ après le premier accident, le sujet accuse une lourdeur du bras droit et un tremblement léger de la main droite, celui-ci plus particulièrement appréciable après fatigue ou effort.

Les choses en restent-là, durant les mois consécutifs, jusqu'au moment ou se produit le deuxième accident.

Presque aussitôt après le deuxième traumatisme, le sujet accuse un tremblement spontané marqué du bras droit, qui persiste tel, ce pendant que dans la semaine suivante, il observe une lourdeur et un tremblement plus discret du membre inférieur du même côté.

Le tremblement et la rigidité unilatéraux ont augmenté sensiblement depuis ce dernier accident. A signaler en outre, du point de vue subjectif, une certaine lourdeur (avec maladresse) vague et diffuse dans le membre supérieur et le membre inférieur gauches, consécutivement au deuxième traumatisme, sans tremblement et rigidité actuellement ressentis. Seul l'examen objectif permet de relever un certain degré, d'hypertonicité et d'hyperspasticité.

C'est dans ces conditions que le sujet se présente à notre examen.

Sans vouloir insister sur des détails sémiotiques connus parfaitement inutiles, nous préciserons qu'il s'agit d'un Hémiparkinson droit absolument typique, avec légère exagération des réflexes ostéotendineux, réflexes de posture, roue dentée de Negro, hypertonicité musculaire, sans signe quelconque d'irritation pyramidale (cutanéplantaire en flexion).

Facies déjà partiellement figé, avec tendance à l'hypersalivation sans attitude soudée et sans automatisme des mouvements.

Pas de troubles vaso-moteurs en rapport, pas d'œdème, pas de troubles oculaires, ni tractions, ni pulsions. Bradypsychie sans amnésie appréciable, parole caractéristique, impossibilité de l'usage de la main droite pour écrire.

Par ailleurs, aucun test clinique de lésion organique autre du système nerveux : motricité, sensibilités diverses normales (à signaler simplement une légère diminution de la force musculaire à droite). Pas de Romberg. Pas de troubles cérébelleux, (fausse adiadococinésie par maladresse de la main droite trémulante). Pas de lésions ou troubles dans le domaine des nerfs craniens, pas d'hémianopsie.

(A noter simplement actuellement une mydriase avec paresse extrêmement marquée aux réflexes d'accommodation et de lumière, en rapport avec le traitement alcaloïdique classique normalement appliqué, — génoscopolamine — génhyosciamine...).

L'examen systématique pratiqué, permet par ailleurs d'éliminer tout syndrome d'hystéro-traumatisme,

L'exploration des autres appareils demeure négatif.

Cœur : Normal : T Vaquez : 17/10.

Poumons : Normaux.

L'examen de l'abdomen, du foie, de la rate, sont négatifs.

Urée sanguine 0,55
Glycémie. 0,92
Urines :
Albumine. 0
Sucre 0
Urée. .... 12 gr. °/₀₀
Phosphates .... 1,20 °/₀₀
Sels .... } 0
Pigments biliaires .... }
Urobiline. .... Normale

Liquide céphalo rachidien :
Clair, eau de roche
0,2 lymphos à la cellule de Nageotte
Benjoin colloïdal : 00000 00000 00000
Albumine. 0,45
Glycorachie 0,62
Wassermann. .... Négatif

Examens sérologiques sanguins :
Négatifs : (B. W. — Jacobstaal — Kahn standard — Kahn Présomptif — Meinicke — (KL) — Hecht—)

(Une réactivation de contrôle au Novar, a permis de constater à nouveau la négativité des diverses réactions).

L'absence de tout antécédent caractéristique permet donc de conclure très légitimement au Parkinson traumatique. En particulier, aucun test d'infection spécifique, pas de séquelle encéphalitique (malgré le 0,62 de sucre rachidien).

En fait, la maladie de Parkinson, post-traumatique a fait l'objet d'un nombre important de discussions durant ces vingt dernières années, si bien que si des auteurs ont nié trop catégoriquement l'action autonome du traumatisme, d'autres se sont plu à ne lui accorder qu'un rôle favorisant, ce pendant que certains enfin paraissent bien avoir reconnu dorénavant l'existence de paralysies agitantes dont le traumatisme demeure la vraie cause à invoquer, à l'exception de toute autre étiologie décelable.

Il y a déjà longtemps que Charcot, qui avait dénommé la paralysie agitante, maladie de Parkinson, avait émis l'origine traumatique possible à la base de certains syndromes parkinsoniens, mais l'hypothèse restait assez vague et effacée, jusqu'au moment où le parkinsonisme post-encéphalitique s'érigea en syndrome à côté du parkinsonisme sénile par artériosclérose cérébrale.

En 1921, Kurt Mendel ne se rattache à l'idée du traumatisme que dans le cas où on ne peut trouver d'autre cause certaine, thèse assez bien partagée par Souques, au Congrès de Neurologie de la même année,

qui croit à la rareté de l'influence du traumatisme (1).

Il faut dire cependant que si Goldstein et Paulian regardent le traumatisme comme une éventualité exceptionnelle, ce dernier, à la S. M. H. de Paris, en 1922 (2), admet cependant une relation de causalité, mais la question qu'il pose de l'influence de l'élément commotionnel à coté du traumatisme est diversement résolue.

Peu à peu, les observations se précisent et sont mieux étayées, si bien que le rôle favorisant du traumatisme est admis indiscutablement et même accru. Sans doute, s'il est regardé comme une cause occasionnelle par Bing, Stertz, Strumpell, Seyfarth (1927), des observations intéressantes sont en même temps rapportées par Lotmar, Hans, Maier (3), Acke, Backmann, Richon, Crouzon et Baruk (4) (1926).

Dans une note suggestive relatée par Paulian (5) (Bucarest), à la *Semaine des Hôpitaux de Paris*, une filiation indiscutable est fatalement admise à propos d'un syndrome parkinsonien apparu consécutivement à la pénétration d'une balle intra-cranienne, mais il s'agit là d'un cas très particulier, incapable à lui seul d'expliquer l'action certaine d'un traumatisme non pénétrant.

Au Congrès de Budapest, en 1929, Kluge étudie le Parkinson post-traumatique ou supposé tel au point de vue médico-légal, tout en restant sceptique sur son autonomie propre.

Crouzon et Justin Besançon (6), la même année, estiment qu'il existe une paralysie agitante traumatique, comme il existe une épilepsie traumatique et concluent à l'autonomie du syndrome pour certains cas indiscutables.

Du reste, la même question est reprise en 1930 par Herren, Eliasberg et Jankau (7) qui discutent identiquement le rôle possible du traumatisme.

Des considérations pathogéniques intéressantes sont précisées par Kulkor (8), qui, avec Bing (1932), codifie les conditions indispensables qui font du traumatisme un agent causal essentiel et isolé du syndrome parkinsonien.

Euzières (9) rapporte de même un syndrome consécutif à un traumatisme facial.

Deguèse, dans sa thèse (1932), étudie les lésions histo-pathologiques de la maladie.

Naville et Morsier (10), au Congrès de la Médecine Légale, réunissent un ensemble de 42 cas.

En 1933, Meunato (11) cite un cas de paralysie agitante, consécutive à un traumatisme périphérique bénin, mais invoque, à propos de ce cas, une origine fonctionnelle et hystéro-traumatique avec évolution vers l'association organo-hystérique.

En 1934, Grimberg (12) réunit 86 cas apparus après traumatisme, mais hormis 2 cas où la relation entre le choc et la maladie paraît certaine, il conclut que le traumatisme ne peut pas entraîner la paralysie agitante.

Pichar et Amour Liber (13) relatent également un exemple de parkinsonisme fruste traumatique, après choc cranien suivi de coma.

De Morsier (14) (Genève), au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de 1936 (1936), discute à nouveau le problème général du Parkinson traumatique.

Tinel et Robert décrivent la transformation subite à l'occasion d'un traumatisme d'un parkinsonisme discret en un grand syndrome parkinsonien (15).

Faure-Beaulieu et Desbuquois expliquent le mécanisme pathogénique et histopathologique du syndrome post-traumatique à propos d'un cas qu'ils relatent.

En 1937, P. Weil et Oumansky (16) reprennent la question à l'occasion de deux cas dont ils résument l'histoire, et Hamel et Michon (Nancy) (17) rapportent de leur côté trois autres cas au Congrès des Médecins-Aliénistes et Neurologistes.

Enfin, en 1938, Chichilinsky (18) apporte, à propos de trois cas post-traumatiques des considérations diverses.

Cependant que Petroselli (19) cite un syndrome ayant débuté au niveau du membre blessé chez un sujet ayant subi un traumatisme avec blessure du pied et commotion cérébrale.

Plus récemment encore, Faure-Beaulieu et Feld (20) décrivent un hémiparkinson apparu à la suite d'une contusion violente du membre supérieur gauche, caractérisé successivement par l'atteinte du membre supérieur, puis par celle du membre inférieur.

Ce rappel chronologique des diverses observations et discussions précitées montre assez que le problème du Parkinson post-traumatique n'est pas univoque et qu'en ce sens, bien qu'on admette certainement l'autonomie de cette étiologie, la question demeure d'actualité et légitime la divulgation des nouveaux cas observés.

Discussion sur le rôle du traumatisme

Ainsi donc, sans insister sur le caractère des diverses étiologies démontrées, il faut reconnaître actuellement quatre causes dans le déterminisme du Parkinson : post-encéphalite, artério-sclérose cérébrale, infections (syphilis surtout), éventuellement, intoxications), traumatisme.

Sans doute, le traumatisme ne peut être invoqué en tant que facteur étiologique déterminant, lorsque le Parkinson se révèle déjà à l'état fruste et latent, pas plus qu'on ne peut l'incriminer sérieusement chez un sujet syphilitique, artério-scléreux ou ancien encéphalitique ; en pareil cas, il n'agit qu'à titre favorisant, infiniment plus toutefois que le choc émotif. Aussi bien son rôle reste-t-il secondaire à l'égard de lésions qu'on est en droit de faire relever vraisemblablement de l'une quelconque des trois premières étiologies.

On sait assez l'insistance de Roussy, Cornil, Schaeffer, Tinel, pour démontrer que le traumatisme est capable de révéler un parkinsonisme latent. Schaeffer,en particulier, a prétendu que le traumatisme précipite l'évolution d'un parkinson fruste, de même que Roussy et Lhermitte ont avancé que le choc est un facteur révélateur d'une lésion latente.

Certes, il ne faut pas exagérer l'importance du traumatisme isolé, car s'il en était ainsi, le nombre de parkinsoniens trépanés, commotionnés ou contusionnés pendant la guerre devrait être considérable, d'autant que les émotions et les secousses morales, contemporaines du traumatisme sont en pareille circonstance portées à leur acmé.

De telles constatations d'ensemble expliquent certainement la réserve des auteurs précédents quant au rôle évident du traumatisme.

Il n'en reste pas moins vrai que le traumatisme peut parfaitement aggraver un syndrome dûment constitué, quelque puisse être, du reste, son origine, et nous verrons plus loin l'action reconnue des traumatismes répétés.

D'ailleurs, en ce qui concerne le parkinson post-encéphalitique classique, on est en droit de se demander si les chocs renouvelés qui résultent de la chute si fréquemment observée chez certains malades frappés d'antéro, latéro, ou rétropulsions ou tractions n'entraînent pas une aggravation des symptômes, d'un syndrome sans relation initiale avec un traumatisme certain. Du moins, peuvent-ils inhiber l'activité d'une thérapeutique jusqu'alors relativement efficace du seul point de vue fonctionnel. L'observation de Tinel est, à ce propos, assez démonstrative. Personnellement, c'est précisément la question que je me pose aussi à propos d'un de mes malades, parkinsonien post-encéphalitique de longue date, sujet à des chutes fréquentes de cette nature. En ce sens, il est difficile de faire le point de départ entre une aggravation spontané de la maladie et l'accentuation des signes en rapport avec des traumatismes successifs.

Aussi bien nous paraît-il abusif de nier, ainsi que certains l'ont fait, le rôle générateur vrai du traumatisme, en parlant de lésions latentes. En l'absence de tout antécédent caractéristique et de toute tare neurologique ou vasculaire chez un sujet dont l'examen sémiotique clinique est négatif, on n'a aucune raison d'invoquer des lésions latentes qui n'ont aucune traduction clinique et biologique.

En pareil cas, il est légitime de parler du rôle déterminant du traumatisme et non pas seulement de son rôle favorisant.

Etiologie traumatique

Les traumatismes, causes directes de la paralysie agitante, peuvent se produire suivant diverses modalités.

1° Le plus fréquemment, bien sûr, il s'agit d'un traumatisme cranien, comme c'est le cas des malades décrits par Crouzon, Lévy, Besançon, Faure-Beaulieu et Desbuquois, Weil et Oumansky. En pareil cas, Maier incrimine surtout le traumatisme à action horizontale, parallèle à la base du crâne.

2° Il peut s'agir d'un traumatisme des membres et en pareil cas, on observe généralement un hémiparkinson, qui peut ultérieurement devenir un syndrome total, ainsi que le démontrent les observations de Faure-Beaulieu et Feld.

A ce propos, il n'est pas inutile de rappeler l'action traumatique possible à distance, de même que Guillain dans sa thèse (1902) a montré les relations de la syringomyélie avec les traumatismes des mains; dans ce dernier cas, cependant, on peut incriminer la névrite ascendante, alors que dans le cas du Parkinson, toute pathogénie logique reste encore à trouver et à démontrer.

3° Parfois, c'est un traumatisme facial comme dans le cas d'Euzières, indirectement cérébral sans aucun doute.

4° Enfin, le traumatisme peut être mixte, intéresser le crâne et les membres ou le corps, comme dans l'observation de Pétroselli.

5° Le traumatisme peut s'être répété, ainsi qu'on le voit dans une observation de Lotmar.

En ce qui concerne notre malade, nous avons vu que le parkinson était consécutif à deux traumatismes craniens, le premier s'étant comporté comme une cause génératrice certaine ; le second ayant intensifié le syndrome fruste déjà apparu antérieurement. Ce cas est donc assez comparable à celui rapporté par Lotmar (observ. I) où l'on voit l'action indiscutable de deux traumatismes, l'un amenant l'installation du syndrome, l'autre contribuant à l'aggraver.

Ainsi donc, ce qu'on enregistre surtout et habituellement, c'est le traumatisme cranio-cérébral, et moins fréquemment le traumatisme des membres. Le premier explique tout aisément, l'action du second est, nous l'avons vu, problématique. Les faits observés à ce propos sont cependant évidents et doivent être retenus.

Aussi bien Lhermitte (Soc. Neurol. 20 nov. 1938) ne conçoit pas le lien qui peut réunir un traumatisme des membres et un syndrome parkinsonien de cause cérébrale, d'autant qu'il n'a jamais vu un traumatisme de guerre, des membres, provoquer un syndrome parkinsonien.

De même Barre, estime simplement qu'un traumatisme des membres peut aggraver une maladie minime, opinion également partagée par Thomas, qui pense que ce traumatisme peut augmenter, mais non créer la maladie.

C'est précisément ce que nous croyons, en songeant au malade, auquel nous faisions plus haut allusion.

Ce sujet, vieux parkinsonien post-encéphalitique, soumis à des chûtes fréquentes, génératrices de traumatisme des membres, présente effectivement depuis peu une aggravation de son état et plus particulièrement un accroissement marqué du tremblement et de la rigidité du membre supérieur gauche, *plus particulièrement* exposé au choc ; si bien qu'il réalise actuellement un spasme de torsion de la main avec griffe cubitale quasi-irréductible, tous signes cliniques donnant l'apparence d'une fausse paralysie associée radiale et cubitale.

Pareillement, le malade, objet de l'observation précitée, accuse, nous l'avons vu, une lourdeur des membres supérieur et inférieur gauches avec hypertonicité consécutive au traumatisme survenu à la suite du deuxième accident, celui-ci étant à la fois un traumatisme cranien et des membres du côté gauche.

Aussi bien, la question se pose-t-elle de savoir si ce syndrome fruste homolatéral a été directement déterminé par ce choc, ou s'il n'est autre qu'une tendance à la généralisation vraie du parkinson primitivement unilatéral.

Pathogénie traumatique

La pathogénie logiquement admise concerne surtout, certes, les importants traumatismes craniens avec commotion cérébrale.

On suppose que le voisinage des ventricules latéraux et des noyaux gris centraux les expose, le noyau coudé surtout, à recevoir un choc par brusques changements de pression du liquide céphalo-rachidien (choc de Duret), d'où hémorragies possibles interstitielles aboutissant ultérieurement par défaut de vascularisation ou résorption difficile de l'hématome, à des processus de sclérose.

C'est ce que pense également Deguèse dans sa thèse en expliquant les conséquences des fines lésions hémorragiques.

Plus précisément pour Faure-Beaulieu et Desbuquois, il se produit de petits foyers hémorragiques des noyaux gris centraux suivis d'une lente organisation conjonctivo-vasculaire périfocale.

A lui seul, donc, le traumatisme cranio-cérébral peut expliquer la constitution du syndrome, initialement traumatique, mais en fait, traumato-vasculaire.

A plus forte raison, pour peu qu'il existe des lésions artérielles du corps strié par syphilis ou alcoolisme, l'évolution des lésions se trouve être grandement facilitée, si bien, ainsi que le remarque Rimbaud, que le parkinson traumatique devient un parkinson artériel.

Sans donc le traumatisme, le sujet n'aurait peut-être pas (du moins de sitôt) constitué son syndrome ; en tout cas, l'intervention du choc est ici prépondérante, mais il s'agit de paralysies agitantes qu'on ne peut pas étiqueter à coup sûr « traumatiques essentielles ».

Pour expliquer la pathogénie des accidents consécutifs à un traumatisme corporel ou des membres, Naville et Morsier pensent qu'une impression douloureuse persistante issue de la périphérie, arrive à léser les centres cérébraux par la libération prolongée de substances chimiques spécifiques ; ce qui revient à faire jouer un rôle essentiel aux processus chimiques de l'influx nerveux.

Serait-ce ainsi qu'il faudrait expliquer la genèse d'un syndrome rapporté par Péron, apparu à la suite d'une explosion dont fut victime un malade ?

En fait, il faut s'arrêter en temps voulu, quand on discute une telle pathogénie, car on quitte facilement le terrain traumatique vrai, pour arriver à l'hypothèse de troubles fonctionnels par angiospasme, comme c'est le cas probable de cette parkinsonienne discrète, signalée par Tinel, qui fit un parkinsonisme absolu, après avoir appris l'assassinat du roi de Serbie. Du reste, nous retrouvons ici vraisemblablement la notion de lésions artérielles préexistantes.

Dans le cas de traumatismes mixtes, cette double pathogénie peut sans doute être invoquée (choc céphalo-rachidien, troubles métaboliques de l'influx nerveux), mais il demeure, certes, que le traumatisme cranien est prépondérant, voire seul en cause, le plus habituellement.

Conditions d'apparition du syndrome post-traumatique

Tous les auteurs sont d'accord pour exiger certaines conditions indispensables, avant de parler de parkinson traumatique vrai. C'est ainsi que Crouzon (1929) estime qu'il faut :

1° Un traumatisme important ;

2° Un certain délai entre ledit traumatisme et le début du syndrome.

Kulkow et Bing (1932) précisent de même les points suivants :

1° Le syndrome doit être consécutif à un traumatisme suffisant ou à une violente commotion cérébrale;

2° Il doit se développer chez un sujet dont le système nerveux avant le trauma est complètement intact ;

3° Il ne doit pas suivre immédiatement le traumatisme, mais être précédé par des prodromes.

Pour Weil et Oumansky (1937), il doit y avoir semblablement :

1° Un traumatisme violent ;

2° Une période de latence ;

3° L'absence de tout autre facteur étiologique.

L'existence intégrale de ces faits légitime évidemment la dénomination de « parkinson traumatique ».

Le cas que nous signalons satisfait complètement à toutes ces conditions requises, puisque le début du syndrome s'est installé aux environs du sixième mois qui a suivi l'accident.

En ce qui concerne le second traumatisme, nous croyons pouvoir affirmer, comme le fait est patent pour notre malade et pour d'autres, qu'il peut agir immédiatement en tant que facteur aggravant. En d'autres termes, le traumatisme causal initial déclenche le syndrome après un certain délai « incubatoire » obligatoire, le traumatisme ultérieur éventuel peut l'amplifier, presque instantanément, puisque la maladie déjà constituée ne demande qu'à se développer, s'accroître ou se généraliser à la faveur du moindre facteur favorisant quelconque.

L'intervalle observé entre le traumatisme et le syndrome varie en fait de quelques heures à quelques mois.

Précisons, cependant, compte tenu de ce que nous venons de dire, que le laps de quelques heures évoque la possibilité de lésions latentes préexistantes ; aussi bien ne signalerons-nous ces cas particuliers que sous toutes réserves ; l'étiologie traumatique isolée restant toujours discutable, quand l'intervalle libre est trop court.

C'est ainsi que dans deux observations de Paulian, on relève un intervalle respectif de quatre heures et sept jours, dix jours dans l'observation de Crouzon et Baruk, un à deux mois dans celle de Crouzon et Lévy, un mois dans celle de Faure-Beaulieu et Desbuquois (ici, prodromes préalables caractérisés par des sifflements d'oreille et de la surdité), quatre mois dans le cas d'Euzières, développement très lent dans un cas de Paulian, avec œdème et sclérose.

De quelques caractères cliniques

L'hémiparkinson traumatique, à plus forte raison la généralisation du syndrome, donnent lieu aux constatations cliniques habituellement observées dans la paralysie agitante.

Cependant, Crouzon et Lévy ont avancé que la rigidité apparaît en premier lieu, et qu'elle peut être étendue à tout le corps, alors que le tremblement reste unilatéral.

Pour les mêmes auteurs et Lotmar, les réflexes de posture sont nets.

Par contre, le tremblement serait moins constant

et d'intensité inégale, peu marqué dans les cas de Maier et Paulian, évident dans ceux de Crouzon, Lévy, Baruk.

On relève pareillement la fréquence des troubles subjectifs et de la sensibilité objective (tact, chaleur, douleur).

Les troubles psychiques sont d'intensité variable, les troubles oculaires souvent notés.

Quant aux signes d'excitation pyramidale, ils sont rares ; cependant, Maier aurait observé l'exagération des réflexes d'un côté, et Paulian, un clonus du pied, unilatéral.

Rappelons ainsi que dans le cas de notre malade, la rigidité et le tremblement unilatéraux droits ont apparu simultanément et que le tremblement du membre supérieur est nettement marqué. L'hypertonicité homolatérale gauche ne s'accompagne d'aucun tremblement, ce pendant que le facies devient figé.

Il semble donc qu'on assiste à une extension du syndrome, caractérisé par des signes complets à droite (localisations initiales) et des manifestations encore frustes par ailleurs.

Soulignons aussi l'importance du traumatisme sacré et plus généralement l'action polymorphe du deuxième traumatisme, qui a atteint le crâne, les membres et le tronc, tous chocs qui, dans leur ensemble, expliquent aisément l'action aggravante qu'ils ont presque instantanément déterminée à l'égard du syndrome.

C'est dire, en définitive, que notre cas, par la richesse des circonstances étiologiques, se trouve être étroitement apparenté à la plupart des cas signalés isolément.

Aussi bien est-il difficile de ne pas faire jouer un rôle important aux diverses localisations traumatiques, à côté de l'action éminemment et naturellement prépondérante des deux traumatismes craniens.

Il eût, sans doute, été particulièrement intéressant de soumettre à des épreuves d'électro-encéphalographie notre malade, considéré dans son état actuel, attendu l'inégalité topographique du syndrome.

Les considérations critiques précédemment développées à la lumière et à l'appui des faits cliniques démontrent ainsi indubitablement l'autonomie vraie du « parkinson traumatique ».

---

(1) *Congrès de Neurologie*, 1921.
(2) *S.M.H.*, Paris, 1922, p. 648.
(3) *Klin. Wochens...*, 1926, p. 1827.
(4) *Revue Neurologique* (février 1926).
(5) *Sem. hôp. Paris* (15 février 1928).
(6) *Presse Médicale* (12 octobre 1929).
(7) *Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Nervenarzte* (sept. 1930).
(8) *J. of. nervous and mental Dis.* (avril 1932).
(9) *Montpellier Médical* (15 oct. 1932).
(10) *Congrès de Médecine légale*, 1932.
(11) *Rivista di Neurologia* (déc. 1933).
(12) *J. of. Nervous and mental Dis.* (janvier 1934).
(13) *Soc. Méd. Psychol.* (14 juin 1934).
(14) *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes* (1937).
(15) *Soc. de Neurologie* (5 mars 1936).
(16) *Revue Neurologique*, 1937, p. 489.
(17) *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes* (Nancy, juin 1937).
(18) *Semana Médica* (n° 25, 1938, p. 5).
(19) *Il Cervello* (mars 1938).
(20) *Soc. de Neurologie* (10 nov. 1938).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1939

Le tricentenaire de l'Hôtel-Dieu de Québec. — M. Georges Claude rend compte à l'Académie de sa mission au Canada à l'occasion du tricentenaire de la fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Propriétés biologiques du B. tuberculeux soumis à l'action du Radon. — MM. P. Bonet-Maury et H.-R. Olivier.

Résistance de l'acide ascorbique (vitamine C.) à l'action de la chaleur. — MM. Jean Pien et Herbert Meinrath.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1939

L'Académie reprendra ses séances officielles mardi prochain. En attendant, elle a encore tenu cette semaine une séance officieuse, sous la présidence de M. Louis Martin.

Les assistants étrangers dans les hôpitaux de Paris. — M. Sergent demande que les Polonais et les Anglais, nos alliés, ne soient pas considérés comme des étrangers au cours de la réorganisation des services à laquelle procède l'Assistance publique.

M. Chevassu déclare que les Français étant actuellement en nombre insuffisant, il devient nécessaire de ne pas désorganiser les services par le départ simultané des Français et des étrangers.

M. Gosset fait remarquer que l'Assistance publique a une règle à laquelle elle est obligée de se soumettre. Seules, les Affaires Etrangères peuvent se prononcer en connaissance de cause. Ce n'est pas aux chefs de service à garantir un étranger.

Suit une courte discussion à laquelle prennent part MM. Rist et Baudouin.

Au sujet des réformes. — MM. Rist, Guillain et Sergent font quelques remarques sur la composition des conseils de réforme qui ont à examiner les tuberculeux et les nerveux.

Défense passive. — M. Tanon attire l'attention de l'Académie sur la nécessité qu'il y aurait à instituer une Commission d'examen pour les médecins requis civils qui déclarent ne pouvoir faire leur service dans les postes de secours de la D. P., en invoquant une raison de santé. M. Tanon remarque que la plupart d'entre eux font un service d'hôpital ou se consacrent à leur clientèle pendant le jour. Il pense qu'ils pourraient, sans une grande fatigue supplémentaire, donner éventuellement leurs soins à des gazés pendant la nuit, comme se sont engagés à le faire tant de nos confrères.

M. Tanon demande à l'Académie de bien vouloir encourager la constitution d'une Commission spéciale déjà réclamées il y a deux ans par lui et par M. Perrier, Commission qui n'a jamais été réunie.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1939

Présidence du Professeur Hartmann

Rapport. — M. Pierre Mocquot lit un rapport sur un travail de MM. Ferron et Fourlet : chez une femme qui présente des signes de tétanos à la suite de manœuvres avortives ; un curettage est pratiqué.

Quelques heures après, malgré le traitement médical, le tétanos s'aggrave brusquement et la malade succombe en quarante-deux heures. Pour les auteurs, le curettage serait responsable de l'aggravation : ils en condamnent l'emploi et discutent les indications de l'hystérectomie et de l'abstention chirurgicale dans cette forme de tétanos dont le pronostic reste si grave.

M. Mondor rappelle l'assimilation qu'il a établie entre ces faits et les plaies de guerre. Il rapportera dans une prochaine séance trois cas de septicémie à perfringens terminés par guérison.

Neuro-chirurgie de guerre. — M. Clovis Vincent rappelle d'abord qu'il y a des plaies cranio-cérébrales inaccessibles à la chirurgie. Il ne s'occupera donc que des autres, dont on peut guérir un nombre infiniment plus élevé qu'en 1914-1918, et surtout qu'on peut traiter de manière à épargner au blessé les séquelles désastreuses qui ont nom épilepsie, paralysies spasmodiques, troubles psychiques. Que faut-il faire pour celà ?

Opérer tôt, le plus tôt possible, dans les quarante-huit premières heures, de manière à éviter les hémorragies, l'infection, l'œdème cérébral. Il faut donc que les blessés soient ramassés aussi tôt que faire se peut, et évacués vite.

Opérer selon les règles de la neuro-chirurgie, de manière à éviter ces affreuses cicatrices où tout tient, peau, tissu cellulaire sous-jacent, méninges et cerveau, comme ces vastes pertes de substance osseuse, causes de tant d'incidents et qui rendent la vie insupportable aux blessés.

Pour cela, il faut avoir le matériel nécessaire, faire un volet selon la méthode de de Martel, trépaner soit avec le trépan du même auteur, soit avec un instrument approprié, avoir un bon appareil pour supporter la tête.

L'hémostase doit être réalisée, non avec des pinces ordinaires, qui ne tiennent pas, mais avec un appareil à électro-coagulation. On doit avoir de la cire pour boucher les trous osseux, un écarteur éclairant et surtout un aspirateur, qui permettra de « sucer » tout ce qui aura été coagulé. Il est indispensable de posséder de la soie imprégnée de sels ferrugineux qui, seule, ne s'élimine pas.

Comme médicaments, des substances propres à l'anesthésie locale ; novocaïne ; de la scopolamine-morphine, qui calme les vomissements ; des calmants, pour arrêter les crises d'épilepsie : chloral, bromure en injections intraveineuse, de même du gardénal ; médicaments antichoc : strychnine, préparations d'écorce surrénale, sulfate de magnésie en injections intra-veineuses lentement poussées, qui lutte avantageusement contre l'œdème cérébral ; médicaments antiinfectieux, dont surtout les sulfamides.

Le blessé, qui aura été manié avec précaution, sera déshabillé et nettoyé aussi complètement que possible. Si sa respiration est calme, on fera une radiographie du crâne. Le projectile est-il encore dans le cerveau, on interviendra.

S'est-on décidé à opérer ? Le patient sera mis en position couchée, la tête en bas, ce qui facilite beaucoup l'hémostase. S'il est gazé, on le mettra sur le ventre. La plaie ayant été désinfectée, on évitera soigneusement pour l'anesthésie le chloroforme, qui congestionne le cerveau, inconvénient d'autant plus fâcheux que les opérations peuvent durer longtemps. On fait un volet. On procède à un nettoyage minutieux de la plaie, en enlevant au besoin un peu de peau et les tissus contus. Le volet ayant été taillé, on fait un lambeau à très large pédicule, et on décolle avec soin l'os du périoste, on le scalpe, pour éviter les hémorragies d'origine osseuse. Afin d'éviter la production d'un hématome sous-dure-mérien, on suspend la dure-mère. L'hémostase est assurée par des clips. Une fois la dure-mère incisée, se bien garder d'explorer la plaie cérébrale avec les doigts, mais aspirer la partie centrale, nettoyer au ciseau la partie périphérique, sectionner au ciseau les circonvolutions lésées, et faire toujours une hémostase attentive. Voit-on le projectile ? On l'enlève.

Pour la réparation, rien de spécial à dire, sinon qu'il faut

vérifier avec soin que l'os ne saigne pas et que sa circulation est bien assurée, grâce à son pédicule fibreux. Le lambeau sera suturé par la face profonde.

On suturera ensuite la peau, de manière à éviter la production d'une hernie cérébrale. On se rappellera qu'il y a une membrane qui double la peau en-dessous, et qui doit être suturée avec soin, car elle est inextensible et s'oppose ainsi tant à la pression cérébrale, qui tend à faire sortir le cerveau qu'à l'élasticité de la peau.

Le pansement fait, le malade sera attaché, s'il est agité, et recevra une injection de scopolamine.

L'hémostase des sinus est affaire délicate qui varie selon que le sinus est longitudinal, latéral ou caverneux, et selon que la blessure est longitudinale ou transversale.

Ce qu'il ne faut pas faire? Procéder à une incision en croix de la peau. Morceler le volet. Opérer trop tard. Arracher avec la pince gouge les fragments d'os.

Contre le shock, transfusions sanguines, injections d'adrénaline ou de strychnine.

M. Lenormant demande à connaître le délai dans lequel on peut opérer. Il fait remarquer que, lors d'une opération militaire importante, il y aura beaucoup de blessés du crâne, que ne pourront opérer les auto-chir. situées près du front. Il y aurait donc lieu de savoir exactement les indications et contre-indications de la neuro-chirurgie, pour n'opérer qu'à bon escient.

M. Thierry de Martel pose cette question : les progrès techniques de la neuro-chirurgie modifieront-ils essentiellement la conduite que les chirurgiens s'étaient fixée à la fin de la guerre de 1914 ?

Il y répond négativement en ce sens qu'il croit comme eux qu'il faudra toujours s'efforcer d'opérer le blessé le plus tôt possible en même temps qu'on essaiera de le transporter d'emblée et avant toute opération dans un centre chirurgical où il pourra séjourner jusqu'à sa guérison. Ces deux conditions sont dans une guerre de mouvements contradictoires et ne pourront être appliquées que dans les périodes de stabilité du front.

Ceci dit, il croit que les méthodes neuro-chirurgicales seront d'un grand secours pour le traitement de la plaie chirurgicale et son épluchage, mais à une condition, c'est que le chirurgien possède l'outillage nécessaire et sache s'en servir. Il fait remarquer qu'en France, il existe au moins six jeunes neuro-chirurgiens parfaitement entraînés et pourvus d'une grande expérience, qui pourraient, si on leur en donnait le moyen, former des élèves. Ce sont Marcel Arnaud (de Marseille), David (de Paris), Fontaine (de Strasbourg), Jean Guillaume (de Paris), Puech (de Paris), Wertheimer (de Lyon).

Plusieurs parmi eux ne pratiquent que la chirurgie cérébrale et dans une ambulance ne pourront que servir d'aide. En tant que neuro-chirurgiens spécialisés, ils rendraient de grands services en évitant les trépanations inutiles pour des traumatisme du crâne avec commotion cérébrale tels que ceux qu'on rencontre dans la pratique civile, en opérant au contraire les plaies cranio-cérébrales de guerre avec les moyens de la neuro-chirurgie actuelle, ce qui éviterait probablement les morts tardives par encéphalite qu'on observa si souvent durant l'autre guerre.

Thierry de Martel insiste sur le rôle d'éducateur que pourraient jouer ces jeunes chirurgiens. Pour lui, ce serait leur principal rôle.

Il est décidé que la discussion continuera dans la prochaine séance. En attendant, l'Académie se forme en comité secret.

Avis. — Notes pour l'Internat. — L'abondance des matières nous force à remettre au prochain numéro la fin des notes sur l'amibiase intestinale.

INFORMATIONS

(suite de la page 1278)

Défense passive. — La protection des enfants et des tout-petits. — A la suite de la publication de l'article de M. le médecin général Cot et du médecin capitaine Génaud (*Gazette des Hôpitaux*, n° 74, 16 septembre 1939), nous avons reçu de nos lecteurs un certain nombre de demandes de renseignements.

Pour répondre à ces demandes, nous indiquons ci-dessous quelques adresses concernant les appareils de protection pour enfants :

1° *Appareils de protection pour enfants en bas âge :*

M. F. Leroy, 3, rue du Capitaine-Ferber, Paris (agréé 1902).

Société « Protector », 5, avenue Georges-V, à Paris (brevet Vella-Ferrand, à Foulain, Haute-Marne) (agréé 7901).

M. J. Marty, 9, rue du Cher, Paris (agréé 7903).

2° *Appareils de protection pour enfants :*

M. G. Perron, 9, rue Taillade, Paris (agréé 1912).

Société « Stop-Gaz », Marcel Albert, 4, rue du Temple, à Ris-Orangis (Seine-et-Oise), agréé 1909 et 1910, appareils à grande visibilité.

Nécrologie

On annonce la mort, à l'âge de 83 ans, du professeur S. Freud, le créateur de la *psychanalyse*. Après l'Anschluss, il avait quitté Vienne et s'était réfugié à Londres.

Le Dr Bernard Taft, à Dinan.

Le Dr Anthony Berthelin (de Liége), tué lors de l'explosion du pont du Val-Benoit. Il était âgé de 26 ans.

LIVRES NOUVEAUX

Le corps jaune. Etude biologique, clinique et thérapeutique, par H. Simonnet, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, chef du laboratoire de physiologie du Centre de prophylaxie mentale de la Seine, et M. Robey, interne des hôpitaux de Paris. Préface de L. Portes. — Un vol. de 172 pages, avec 19 figures. Prix : 50 francs. Masson et Cie, édit., Paris.

Les auteurs ont voulu, dans cette monographie, présenter l'état actuel de l'endocrinologie du corps jaune qui occupe parmi les glandes à sécrétion interne une place très particulière. Il est curieux de remarquer que, considéré primitivement comme la seule formation endocrinienne de l'ovaire, le corp jaune s'est vu ravir à peu près complètement ce rôle par le follicule ovarien.

La conception actuelle met en évidence la synergie et parfois l'antagoniste entre ces deux formations. Cette conception est développée par les auteurs en s'appuyant sur les renseignements biochimiques, physiologiques et cliniques actuels. Le nombre et l'importance des faits évoqués dans cet ouvrage montrrent combien nos conceptions en cette matière ont évolué. Une large part est faite au diagnostic des troubles de la fonction lutéinique ainsi qu'aux applications thérapeutiques.

On permettra à un obstétricien, écrit le professeur agrégé Portes dans la préface de ce livre, de constater avec plaisir que les auteurs ont fait, dans leur étude de la physiologie du corps jaune, la plus large part aux états gravidiques. En cela, ils ont certainement eu raison, car la physiologie des organes génitaux au repos n'a réellement d'intérêt que dans la mesure où elle explique leur activité.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 81-82. — 11-14 OCTOBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.
Sur l'étiologie et la pathogénie de l'épilepsie genuine, par L. BARRAQUER (de Barcelone).
Sociétés Savantes.
Académie des Sciences. — Académie de Médecine.
Revue des Thèses.
Livres nouveaux.
Notes pour l'Internat.
Amibiase intestinale (suite et fin), par M. G. LE SUEUR.
Nécrologie
Félix Legueu, par F. L. S.

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux aura lieu le lundi 11 mars 1940. Inscription au Secrétariat des hospices, bureau du personnel médical, 3, quai des Célestins, à Lyon, avant le 2 mars 1940.

Hospices civils de Brest. — On demande des internes en médecine non mobilisables pourvus de 12 inscriptions au moins. Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des Hospices, 8 bis, rue Traverse, Brest.

Hôpital-hospice de Dieppe. — Deux postes d'interne à l'hôpital de Dieppe seront incessamment vacants. Seront acceptées les candidatures d'étudiantes en médecine, de nationalité française, possédant au moins 16 inscriptions.

Hospices civils de Rouen. — La Commission administrative des hospices civils de Rouen fait savoir qu'en raison des circonstances actuelles, elle a été autorisée, par l'autorité supérieure, à reporter à une date qui sera ultérieurement fixée, l'ouverture des concours qui devaient avoir lieu en 1939, et relatifs à la nomination : *a*) d'externes en médecine ; *b*) de quatre internes titulaires et d'un interne provisoire en pharmacie ; *c*) de quatre internes titulaires et de deux internes provisoires en médecine ; *d*) d'un médecin adjoint ; *e*) d'un médecin stomatologiste-adjoint.

Facultés de Médecine. — Sont institués agrégés pour neuf ans, à compter du 1er novembre 1939 :

PARIS. — *Chirurgie générale* : MM. Fèvre, Sicard, Patel.
Urologie : M. Couvelaire.
Obstétrique : MM. Sureau, Digonnet.
Anatomie : M. Cordier.
Physique : M. Desgrez.
Chimie médicale : M. Boulanger.
Médecine générale : MM. Cachera, Lenègre, Soulié, Brovet, Garcin, Marchal, Delay.
Anatomie pathologique : M. Delarue, Mlle Gauthier-Villars.
Bactériologie : M. Bonnet.
Médecine légale : M. Desoille.
ALGER. — *Histologie* : M. Kehl.
Chimie médicale : M. Ettori.
Médecine générale : MM. Thiodet, Sarrouy.
Chirurgie générale : MM. Curtillet, Goinard.
Obstétrique : M. Jahier.
AIX-MARSEILLE. — *Médecine générale* : M. Audier.
Anatomie pathologique : M. Paillas.
Chirurgie générale : M. Imbert.
Obstétrique : M. Chosson.
Pharmacie : M. Delphaut.
Chimie générale : M. Arnoux.
BORDEAUX. — *Physiologie* : M. Franck.
Physique médicale : M. Auriac.
Chimie générale : M. Castagnou.
LILLE. — *Physiologie* : M. Bizard.
Chimie médicale : M. Jayle.
Physique médicale : M. Swyngedauw.
Médecine générale : MM. Warembourg, Verhaege.
Anatomie pathologique : M. Driessens.
Chirurgie générale : M. Decoulx.
Pharmacie : M. Balatre.

Lyon. — *Histoire naturelle* : M. Piffault.
Médecine générale : MM. Froment, P.E. Martin.
Chirurgie générale : MM. Mallet-Guy, Peycelon.
Oto-rhino-laryngologie : M. Mounier-Kuhn.
Obstétrique : M. Bansillon.
Montpellier. — *Histoire naturelle* : M. Harant.
Chimie médicale : M. Monnier.
Médecine générale : MM. Boucomont, Bert.
Chirurgie générale (urologie) : M. Truc.
Nancy. — *Anatomie* : M. Beau.
Physiologie : M. Grandpierre.
Médecine générale : MM. Michon, Neimann.
Chirurgie générale : M. Rousseau.
Ophtalmologie : M. Thomas.
Obstétrique : M. Hartmann.
Toulouse. — *Physiologie* : M. Baisset.
Chimie : M. Vincent.
Physique médicale : M. Dubost.
Médecine générale : M. Planques.
Ophtalmologie : M. Calmettes.
Chimie générale : M. Caujolle.

Sont institués agrégés dans les conditions prévues par l'arrêté du 14 août 1935, pour une durée de neuf ans, à dater du 1er novembre 1939 :

Aix-Marseille. — *Anatomie* : M. Salmon.
Médecine générale : M. Recordier.
Chirurgie générale : M. Dor.
Bordeaux. — *Histoire naturelle* : M. Mandoul.
Médecine générale : MM. Saric, Dubarry.
Chirurgie générale : MM. Magendie, Pouyanne.
Obstétrique : M. Mahon.
Histoire naturelle : M. Girard.
Pharmacie : MM. Mesnard, Granger.
Lille. — *Chirurgie générale* : M. Macquet.
Obstétrique : M. Bedrines.
Lyon. — *Histologie* : M. Broussy.
Physiologie : M. Jourdan.
Montpellier. — *Obstétrique* : M. Caderas de Kerlau.
Toulouse. — *Médecine générale* : M. Fabre.
Chirurgie générale : M. Virenque.
Ecole supérieure de Médecine d'Hanoï. — *Physiologie* : M. Richard.
Médecine générale : M. Joyeux.

Etudiants mobilisés. — Mesures en faveur des étudiants appelés sous les drapeaux avant le 20 octobre 1939 :

1° Les étudiants qui, bénéficiant d'une admissibilité antérieurement acquise, n'ont à subir à la session d'octobre-novembre que des épreuves orales, en sont dispensés et sont déclarées reçus ;

2° Pour les étudiants qui ont été éliminés à un examen où il n'y a pas d'admissibilité, le jury, sur leur demande, examinera de nouveau leurs notes et leur dossier scolaire ; il pourra les déclarer reçus sans leur faire subir de nouveau les épreuves ;

3° Pour les étudiants qui ont été refusés aux épreuves écrites en 1939, le jury pourra, sur leur demande, examiner de nouveau leurs compositions et leur dossier scolaire et les déclarer admissibles et reçus ;

4° Les candidats aux doctorats (doctorat d'Etat ou d'Université) dans toutes les Facultés, qui ont obtenu le permis d'imprimer leur thèse avant le 27 septembre 1939, pourront, sur leur demande, être dispensé de la soutenance publique. Ils seront reçus docteur dans les trois mois qui suivront le dépôt à la Faculté du nombre réglementaire des exemplaires imprimés.

Ceux qui désireront obtenir une mention ou demander un emploi dans l'enseignement supérieur, devront subir ultérieurement l'épreuve de la soutenance.

Légion d'honneur. — Santé publique. — *Chevalier* : Dr Vernier, à Versailles.

Guerre. — Le Comité consultatif de santé est composé comme suit :

Président : M. le médecin général inspecteur Toubert, du cadre de réserve.

Membres titulaires militaires : MM. Sieur, H. Vincent, Lasnet, Sorel, Polin, Rouvillois, Dopter, Sacquépée, Oberlé, Morvan, Mancier, Savornin, Couvy, Oudard, Lahaussois, Gautier, Moreau.

Membres titulaires civils : MM. Godart, Mourier, Auvray, Bezançon, Delbet, P. Duval, Gosset, Grégoire, Guillain, Hartmann, Legueu, Louis Martin, Milian, Nobécourt, J. Renault, Roussy, Sergent, Terrien.

La Commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires est composée comme suit :

Président : M. Louis Martin.

Membres : MM. Even, Gardiol, M. le Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au ministère de la Santé publique, MM. Achard, Bezançon, Gaston Ramon, J. Renault, Lemierre, Roger, Roussy, Tanon, H. Vincent, Lasnet, Dopter, Sacquépée, Sorel, MM. les Directeurs du S. S. au ministère de la Guerre, au ministère de la Marine, au ministère des Colonies.

La Commission médicale des intoxications est composée comme suit :

Président : M. Achard.

Membres : MM. Even, Gardiol, Desgrez, Lebeau, Binet, André Mayer, Flandin, Clerc, Paul, Kuss, Lasnet, Dopter, Sacquépée, Oberlé, Mancier, MM. les Directeurs du Service de Santé de la Guerre, de la Marine, des Colonies, un représentant de la Défense passive, MM. Moynier, Génaud et Péronnet.

La Commission mixte de prophylaxie contre le péril vénérien dans l'armée est composée comme suit :

Président : M. Even.

Membres : MM. Gardiol, Gougerot, Spillmann, Nicolas, Lévy-Bing, Vernes, Sicard de Plauzoles, Viborel, Pautrier, Bertin, Sézary, Touraine, Lasnet, Dopter, Sacquépée, Sorel, Polin et les Directeurs du Service de Santé des différents ministères.

Le Conseil supérieur de surveillance des eaux est composé comme suit :

Président : M. Hyacinthe Vincent.

Membres : MM. Even, Gardiol, Louis Martin, Tanon, Rochaix, Diéner, Dimitri, Imbeaux-Lœwy, Martel, Préaud, Raquin, Sentenac, Lasnet, Dopter, Sacquépée, Lafforgue, Mancier et MM. les Directeurs du ministère de la Guerre.

— M. le médecin lieutenant-colonel Lortholary est nommé conseiller technique au Cabinet du sous-secrétaire d'Etat à la Défense Nationale et à la Guerre.

Voir la suite des Informations, page 1304.

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DE L'ÉPILEPSIE GENUINE

Par L. Barraquer
Professeur de Neurologie à Barcelone
(Hôpital Sainte-Croix et Saint-Paul)

Les problèmes que nous nous proposons d'étudier peuvent être ainsi résumés : 1° existe-t-il un facteur héréditaire dans l'épilepsie, ou est-elle toujours acquise ? 2° devons-nous considérer cette affection comme une névrose, sans lésions anatomiques ou comme une maladie organique ?

En 1770, Tissot insiste sur l'impossibilité de mettre en évidence un facteur héréditaire chez tous ses malades épileptiques. Brown Séquard, un siècle plus tard, rend compte de ses travaux expérimentaux sur l'épilepsie, indiquant avoir observé chez les cobayes la transmission héréditaire de la maladie. Bravais, en 1827, sous le nom d'épilepsie hémiplégique, décrit la forme d'épilepsie latéralisée. Jackson en 1886 établit un rapport entre les convulsions unilatérales et certaines lésions de l'hémisphère du côté opposé. Dejerine, en 1886, émet des doutes en ce qui concerne l'hérédité de l'épilepsie. Mais c'est surtout Pierre Marie qui, en 1887, affirme que l'épilepsie loin d'être une névropathie essentielle et héréditaire est une maladie acquise, et souvent la conséquence des affections de la première enfance.

Selon Pierre Marie, l'idée de l'influence directe ou indirecte de l'hérédité dans l'épilepsie doit être rejetée d'une façon absolue. Et il ajoute : cela est si vrai que l'on voit des familles dont plusieurs membres sont atteints du mal comitial et chez qui l'on observe aussi d'autres névropathies analogues, ce qui semble seulement prouver qu'il existe des familles avec un faible degré de résistance nerveuse et par là même plus facilement exposés à des lésions épileptogènes. En somme, l'hérédité névropathique aurait seulement de l'importance comme facteur prédisposant.

De sorte que, dit Pierre Marie, l'épilepsie qu'on appelle essentielle, la plus fréquente de toutes, celle que jusqu'à présent on regardait comme fatalement héréditaire et comme une véritable névrose sans lésion anatomique des centres nerveux, est toujours la conséquence d'une lésion encéphalique dont la nature est d'origine très variable, mais dont l'existence est tout à fait certaine, quoi qu'il ne soit pas toujours possible de la mettre en évidence par les moyens actuels d'investigation. Aujourd'hui, l'ancienne doctrine de l'épilepsie essentielle ne peut être admise par aucun neurologiste.

D'abord en 1928 et ensuite en 1933, j'ai exprimé mon opinion (*Sur l'étiologie et la pathogénie de l'épilepsie*) en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de l'épilepsie appelée essentielle.

La conception de Pierre Marie, soutenue par Abadie au Congrès International de Londres de 1935, contient deux affirmations qu'il faut analyser. La première est celle de l'existence constante d'une étiologie d'origine externe. La deuxième celle de l'existence d'une lésion anatomique.

En ce qui concerne la première nous devons dire que si, dans bien des cas, l'étiologie exogène est évidente, ce n'est pas une loi constante, et qu'il existe un nombre considérable d'épilepsies d'origine endogène et héréditaires.

Pierre Marie lui-même dit : que l'*on voit des familles dont plusieurs membres sont atteints de mal comitial et chez qui l'on observe aussi d'autres névropathies similaires. Ce qui semble prouver qu'il existe des familles avec un faible degré de résistance du système nerveux, et par là même plus facilement exposés à des lésions épileptogènes.*

C'est exactement notre opinion et nous ajouterons comme corollaire « *que ce faible degré de résistance familiale met en évidence par lui-même l'existence d'une altération essentiellement congénitale et héréditaire* ».

On ne peut nier que l'épilepsie soit produite par une altération organique. L'étiologie de la lésion est très variable. Elle peut être due à des facteurs extrinsèques, coups ou chutes, et, plus souvent encore, traumatismes obstétricaux, distocies, applications de forceps et accouchements difficiles et prolongés, producteurs d'asphyxies et d'extravasations méningo-encéphaliques. Les toxi-infections de l'enfance avec épisodes convulsifs avant ou après la période de fièvre (dans la plupart des cas pendant l'hyperthermie) déterminent aussi des encéphalopathies, génératrices d'épilepsies. Mais dans d'autres cas le facteur exogène n'existe pas et l'altération anatomique est congénitale, consistant en une anomalie qui ne peut pas toujours être mise en évidence par les moyens dont nous disposons actuellement.

La tare névropathique familiale est presque constante dans ce groupe d'épilepsies. L'interrogatoire du malade montre souvent déjà une anamnèse éloquente. Dans d'autres cas, le médecin doit insister pour découvrir des affections névropathiques, parce que souvent les gens ne peuvent pas voir l'analogie existant entre certaines maladies, et parce qu'ils ne voient aucune relation entre les manifestations épileptiques et le déséquilibre mental d'un autre membre de la famille, qu'ils attribuent à un accident fortuit moral. On nous dit par exemple : un oncle du malade avait aussi des attaques mais chez lui elles étaient la conséquence d'une peur. Il en est d'autres qui ne se souviennent pas d'avoir eu dans leur entourage des maladies nerveuses, mais si on les interroge bien, semblant ne pas attacher d'importance aux faits révélés, on apprend que la mère par exemple, est atteinte souvent de fortes migraines et que quand elle était jeune, elle eut besoin de passer quelque temps dans un asile.

Sont fréquents aussi, des syndromes généralisés comme la maladie de Little, ou latéralisés comme des hémiplégies, le réflexe plantaire indifférent ou en extension.

Différents auteurs comme Kurt, Westphal, etc., et en Espagne, Sempau, ont étudié aussi une morphologie corporelle propre.

Les stigmates dans une sphère plus élevée, sont les

phrénopathies, les phobies graves, les déviations ou la frigidité sexuelles, l'idiotie, le facies inexpressif, etc., etc.

L'épilepsie est toujours l'extériorisation syntomatique d'une altération organique, assez souvent acquise et causée par un facteur extrinsèque comme les traumatismes craniens et les toxi-infections. Mais dans d'autres cas, l'altération pathologique de l'encéphale est le résultat d'une malformation ectodermique embryonnaire qui porte d'une façon indubitable un enchaînement névropathique familiale héréditaire. (*Barraquer Ferré*, 1928.)

Il y a des individus, que, sans avoir de grandes attaques convulsives, ont une constitution épileptique, qui assez souvent se caractérisent par une certaine génialité. Ces malades sont organiquement, de développement cérébral latéralisé, et c'est pour cela qu'il y a ce contraste entre leurs facultés d'un côté et leur tare comitiale de l'autre. Dans l'histoire et dans la vie contemporaine on trouve beaucoup d'exemples de ce type.

Cette tare embryologique est exactement comparable à beaucoup d'autres comme le bec de lièvre, les anomalies du pavillon de l'oreille, l'hypospadias, le spine bifide, les syndactilies, etc.

Dans une de nos statistiques récentes portant sur 260 épileptiques les deux étiologies qui sont en majorité sont : celle où on trouve une hérédité névropathique bien chargé : jusqu'à 49 pour 100 des cas; et celle où on y trouve une histoire de traumatismes fétaux obstétriques ou toxi-infections infantiles : jusqu'à 36 pour 100 des cas.

La syphilis héréditaire, cause d'épilepsie a été déjà invoquée par Fournier en 1879. Depuis lors, a été admise par tous les auteurs comme Raymond, Gowers, Oppenheim, Monne et Vogt.

Au Congrès de Barcelone en 1929, Hammel insiste sur le fait qu'aucune autre infection ne peut agir aussi fortement que la syphilis, pour le développement de l'épilepsie; Laignel-Lavastine et Vinchon dans le même Congrès soulignent la fréquence de la syphilis héréditaire chez les épileptiques et ils étudient les bons résultats obtenus avec le traitement spécifique.

Pierre Marie, et d'autres auteurs aussi, pensent que la syphilis héréditaire joue un rôle beaucoup plus restreint dans la genèse de l'épilepsie.

Marchand et Bauer, croient qu'on a exagéré le rôle de la syphilis héréditaire dans le mal comitial et en 1926 publient une statistique de 241 malades et dans laquelle ils trouvent seulement 11 cas de syphilis héréditaire, syphilis qui ont été mises en évidence soit par des réactions sérologiques, soit par l'existence de paralysie générale dans leur ascendance directe.

Selon Babonneix, la cause des convulsions infantiles est dans 36 pour 100 hérédo-syphilitique. Selon Nobécourt dans 40 ou 50 pour 100.

Nous n'avons pu trouver que 6 pour 100 d'épileptiques hérédo-syphilitiques, contrôlés cliniquement et sérologiquement.

Il semble que l'alcoolisme héréditaire agisse au moment de la conception; mais au surplus, d'après les expériences de Nicloux, l'alcool absorbé passe à travers les glandes génitales, et on trouve de l'alcool dans les tissus testiculaires. On en trouve également dans les ovaires; et la quantité d'alcool circulant dans le sang maternel, est la même que celle qu'on trouve dans le sang fetal. Ces expériences ont été faites chez la femme enceinte et chez la femme qui allaite ; chez celle-ci on a pu déceler la présence d'alcool dans le lait.

La consanguinité peut être à l'origine des descendants malformés, imbéciles, albinos, épileptiques, etc. Nous avons dans nos statistiques 3 frères qui présentent un syndrome de Little avec épilepsie, fils de parents, cousins-germains bilatéraux. Les parents sont normaux; dans la famille il n'y a pas de tares névropathiques. Les fils des trois frères épileptiques sont nés sans obstacles obstétricaux et chez aucun d'eux il n'y a histoire de traumatismes ni notion de toxi-infections.

L'étiologie de l'éclamsie infantile est interprétée très différemment aujourd'hui. Les convulsions infantiles éclamsiques ne doivent pas être confondues avec la véritable épilepsie quant à leurs causes immédiates, à leurs lésions anatomo-pathologiques différentes, et à leur évolution.

Les émotions fortes et les motifs d'excitation persistants, prédisposent à l'apparition des accès épileptiques. Pendant la guerre nous avons eu assez souvent l'occasion de l'observer. De nombreux individus ont eu des attaques d'épilepsie pour la première fois, après avoir pressenti des scènes de terreur.

Les cardiopathies qui sont à l'origine des hémiplégies et des aphasies transitoires peuvent déterminer des attaques épileptiques par le même processus physiopathologique (Barraquer et Torruella). « Hemiplejias y afasias transtitorias de las cardiopatias, 1934 ».

L'évolution endocrinienne du début de la menstruation et de la ménopause, coïncide quelquefois, avec l'apparition de crises comitiales.

Un fait contrôlé objectivement d'une façon constante, dans les cas où ce contrôle peut avoir lieu, est l'existence d'un trouble circulatoire du cortex cérébral. La plupart d'auteurs croient à un trouble vasoconstricteur.

Nous avons pu observer, une forte pâleur anémique corticale au moment d'une attaque chez des épileptiques trépannés. Mais il n'en est pas moins vrai, que dans d'autres cas, pendant l'exploration électrique pour l'investigation de la zone épileptogène, nous avons vu apparaître la crise, précédée ou accompagnée de forte hyperhémie corticale.

L'existence d'un centre végétatif épileptogène, a été défendue par Albert Salmon (1932). Mais le syndrome végétatif n'explique pas facilement les mouvements convulsifs; néanmoins on est en droit de penser que les relations anatomiques et fonctionnelles de l'écorce avec les centres diencéphaliques sousthalamiques, mésocéphaliques et bulbaires, expliquerait la concomitance des syndromes généralisés.

L'existence de crises épileptogènes produites par l'infection de némathelminthes (ascarides lumbricoides, oxyures) est connue classiquement. R. Deschiens (1935) a observé expérimentalement l'épilepsie

chez le chimpanzé ayant des oxyures. Selon cet investigateur il paraît exister au niveau de la muqueuse anorectale une zone épileptogène réflexe, comparable aux zones épileptogènes décrites par M. Ph. Pagniez et ses collaborateurs dans l'épilepsie de Brown Séquard, produite par des parasites cutanés chez le cobaye.

Babonneix et Pende ont constaté la présence d'accès épileptiques chez les individus porteurs d'adénomes surrénaux. Browning, Sandow et Steinthal ont obtenu la diminution du nombre d'accès, après la surrénalectomie et aussi après radiothérapie surrénale.

Dans l'état actuel de nos connaissances on peut penser à une intervention diencéphalique dans l'épilepsie, mais la plupart d'épilepsies sont d'origine corticale. L'origine sous-corticale pourrait être envisagée pour certaines épilepsies.

Lennox de Boston (1935) a fait une étude des différentes modifications de la physiologie cérébrale et de la relation entre ces changements purement physiologiques et l'apparition fréquente des attaques convulsives des épileptiques. En ce qui concerne l'équilibre acido-basique, l'auteur indique que l'alcalose produite par l'hyperventilation ou par l'ingestion d'alcalis conduit à une augmentation du nombre des attaques. L'acidose déterminée par le régime cétogène, par l'ingestion d'acides ou de sels acides, par la respiration de l'anhydrire carbonique ou par l'activité musculaire, diminue le nombre d'attaques.

Pagniez, Plichet et Varay (1937) ont publié l'histoire de trois malades ayant des crises d'épilepsie provoquées par l'administration de bromure de camphre. Austregesilo en 1928, avait déjà signalé ce fait chez cinq de ses malades. René Marchal, en 1932, a présenté des cas analogues à la Société de Neurologie de Bruxelles.

Th. de Martel, J. Guillaume et R. Thurel (1937) ont observé à l'aide de l'encéphalographie, trois cas d'épilepsie, due à l'obstruction du trou de Monro.

L'influence de l'émotion, nous avons pu la contrôler pendant la guerre civile espagnole. Dans notre service hospitalier le nombre d'épileptiques a quadruplé.

Les lésions anatomiques de l'épilepsie sont naturellement différentes selon l'étiologie. Dans les épilepsies post-traumatiques et dans les infections, on trouve des lésions cicatricielles pour la plupart méningoencéphaliques.

Ivan, Bertrand, Ribes et d'autres auteurs ont trouvé des lésions cyto et myelo-structurales dans l'architecture du cortex cérébral dans les épilepsies appelées genuines ou essentielles.

Chasmin, Marinesco, Rosenstein et Clarke, ont trouvé à l'examen histologique des lésions des fibrilles névrogliques de la corne d'Ammon avec destructions des fibres d'association.

Alsheimer et ses élèves trouvent une gliose avec disminution des cellules nerveuses chez les épileptiques essentiels.

Un autre apport histologique important est dû à Jacob qui a découvert la gliose sous-piale avec cellules de Cajal-Rezius dans toute la hauteur du cortex et avec de nombreuses cellules désorientées.

Ces résultats histologiques sont tout à fait d'accord avec nos opinions cliniques, étiologiques et pathogéniques sur l'épilepsie héréditaire. Aussi bien Jacob, Ranke et Turner parlent-ils de l'anomalie structurale cellulaire, comme d'une véritable malformation.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1939

Adresse à la Pologne. — Sur la proposition de M. M. Javillier, l'Académie vote la motion suivante : « L'Académie des Sciences de l'Institut de France adresse à la Nation polonaise qui oppose une héroïque résistance à l'invasion, et à son Gouvernement, qui compte d'illustres savants, l'hommage de son admiration et l'expression de sa confiance en un avenir conforme à la Justice ».

Mesure de l'activité gonadotrophique des extraits préhypophysaires. — MM. Raymond Cahen et Pierre Ardoint.

La dent en fourche préhistorique, mutilation opératoire cultuelle. — M. Marcel Baudoin.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1939

Phosphatase des os et croissance du squelette chez la sardine. — M. Jean Roche et Mlle Jacqueline Collet apportent des observations qui traduisent l'importance de la participation de la phosphatase à toute ostéogénèse rapide. Le même enzyme semble, par contre, ne jouer qu'un rôle secondaire dans les phénomènes d'ossification évoluant lentement, l'apport humoral direct d'ions phosphoriques permettant alors à lui seul la minéralisation de la substance osseuse en formation.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1939

M. Sieur, président, ouvre la séance en prononçant l'éloge funèbre de MM. Brault et Legueu.

L'Académie adopte ensuite à l'unanimité le vœu émis par M. Rist que les *Conseils de réformes* aient dès maintenant l'assistance de spécialistes en neurologie, phtisiologie, etc., afin d'éviter les réformes abusives de réservistes sains et l'incorporation de réservistes malades.

Le professeur H. Vincent lit une très intéressante note sur l'*interdiction de l'absinthe et de ses succédanés*. Un vœu est voté dans ce sens.

Discussion du rapport de M. J. Renault sur la vaccination antidiphtérique. — M. Ramon communique d'abord une note intitulée : *A propos de la vaccination antidiphtérique et son obligation*, où il commence par s'associer aux conclusions du rapporteur, et où il montre, par des exemples aussi nombreux que convaincants, que, partout où la méthode a été mise en œuvre correctement et judicieusement, on a obtenu une réduction considérable de la morbidité et de la mortalité par diphtérie.

Une large discussion, à laquelle participent MM. Dopter, Ch. Fiessinger, Lesné, Martin, Ramon, J. Renault, s'engage alors. M. Ed. Lesné voudrait que l'Académie demande l'urgence pour cette vaccination, qui sauvera la vie à tant de petits transplantés. M. J. Renault observe que, si on attend un décret-loi, il faudra des mois et des mois, tandis

qu'avec le texte proposé, chaque maire pourra immédiatement prescrire les mesures nécessaires, à savoir vaccination et sérothérapie associées.

Valeur comparée des variations de la polypeptidémie en fonction de l'urée sanguine, en médecine générale et en psychiatrie. — MM. Laignel-Lavastine et Duguet. — Chez les *déments séniles*, il n'y a pas d'hyperpolypeptidémie, alors que l'azotémie est en général élevée.

Chez les *confus*, quelle que soit l'origine de leur état, la polypeptidémie est élevée. De même, chez les alcooliques, en crise *de délirium*.

L'élévation du chiffre des polypeptides sanguins semble donc être un test d'insuffisance hépatique, surtout lorsque le chiffre comparatif de l'azotémie est moins élevé. Il est certain que les hyperpolypeptidémies, que l'on trouve dans les affections les plus diverses, ne font qu'y traduire l'insuffisance hépatique concomitante.

La mesure de la polypeptidémie est donc indispensable pour la mesure de la perméabilité rénale et doit toujours être pratiquée parallèlement au dosage de l'urée, surtout dans les cas douteux.

M. H. Claude rappelle avoir étudié la question dans trois mémoires successifs, le premier concernant les états fonctionnels ou dynamiques du système nerveux ; le second, les états lésionnels, et particulièrement les psychoses alcooliques ; le troisième, les relations entre ces états et les polypeptides. D'une façon générale, dans les premiers, impossible de rapporter les variations des polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien à l'état hépatique. Dans les secondes, les chiffres variaient avec l'état des fonctions héapto-rénales ; dans la paralysie générale, enfin, le taux des polypeptides rachidiens était augmenté indépendamment de toute polypeptidémie et de tout signe d'insuffisance hépatique, comme s'il s'agissait de formation locale des polypeptides. En tout cas, le retour à la normale de la courbe de polypeptidorachie permet d'espérer une évolution favorable.

La trigonelline, alcaloïde du fenugrec. — MM. Volmar et Furst étudient expérimentalement la trigonelline, douée d'une toxicité particulière sur l'appareil neuro-musculaire qui permet de la rapprocher de la strychnine.

Composition chimique de la corme (Scorbus domestica, L.). — MM. E. Weil et Ikladious mettent en évidence, dans la corme, diverses substances : tanin, matières pectiques, gommes, acides organiques.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude d'un principe antianémique extrait des globules rouges des bovidés, par le Dr I. Borman (*Thèse de Paris*, 1939).

Dans la première partie, l'auteur nous donne un aperçu très documenté sur l'évolution de la thérapeutique antianémique pour aboutir à l'extrait des globules rouges des bovidés.

Nous assistons à une espèce de périple, puisqu'à l'origine on traitait l'anémie par le sang lui-même et, après maintes recherches c'est au sang que l'on est revenu, et c'est du sang même que l'on a tiré un principe antianémique puissant. Mais que de méandres avant d'arriver au but.

Après le traitement des anémies par le sang total, qui s'est révélé non seulement totalement inefficace, mais encore parfois nuisible, on a eu recours à l'hémoglobine qui, elle aussi, n'a donné que peu de résultats. On a cru pouvoir obtenir des effets plus sûrs en administrant du fer sous différentes formes. Si cette médication reste toujours indiquée dans les états d'oligosiderhémie, elle a fait nettement faillite dans les hypoglobulies, dans la maladie de Biermer et dans la majeure partie des anémies secondaires.

L'auteur en déduit que dans la plupart des anémies, il ne s'agit pas d'un manque des éléments constitutifs des globules rouges, mais plutôt de l'inaptitude à créer des hématies.

On passa donc successivement à la médication par des sérums hématopoïétiques, par la zomothérapie, par la moelle osseuse, par certains acides aminés avant d'arriver aux découvertes de Whipple (hépatothérapie) et de Castle (traitement à l'aide de la muqueuse gastrique).

Il est certain que ces deux savants ont révolutionné de fond en comble le traitement antianémique, sans toutefois avoir pu vaincre certains inconvénients qui s'attachent à cette thérapeutique.

D'autres savants qui étudiaient les conséquences des anémies expérimentales, ont pu constater que l'anémie provoquée par hémolyse, se répare beaucoup plus rapidement que celle due à la spoliation.

De là à supposer que le globule rouge doive, lui-même, contenir un principe, il n'y avait qu'un pas.

C'est L. Képinov qui l'a franchi en démontrant que les lipoïdes des globules rouges lavés avaient une action hématopoïétique très énergique.

Nous assistons donc à toute une série de travaux, tendant à obtenir la fraction active du globule rouge.

Différentes théories et différentes méthodes s'affrontent.

L'auteur, lui, a envisagé le globule rouge sous l'angle opothérapique.

Il a supposé que le tissu sanguin pouvait ne pas échapper à la règle générale qui veut que tout tissu contienne un principe, une « stimuline » excitatrice du métabolisme de ce tissu et que cette stimuline pouvait être obtenue par la désintégration du globule rouge.

C'est G. Weller qui, partant des travaux de Képinov, a obtenu ainsi la fraction spécifique hématopoïétique du globule rouge qui agit déjà à raison de 0,015 par kilo de poids d'animal. La partie active représente environ 0,4 — 0,6 % de poids de sang.

L'auteur reproduit les expériences de Weller auxquelles il ajoute ses propres expériences de contrôle et qui confirment que de petites quantités du principe globulaire administrées par la bouche suffisaient pour une régénération très rapide du sang des lapins, des rats et des chiens.

Encouragé par les résultats expérimentaux, l'auteur a procédé à des essais cliniques et nous fournit 19 observations d'où il ressort que l'extrait globulaire possède un réel pouvoir hématopoïétique ; il peut être, dans la majorité des cas, administré par voie buccale ou, lorsqu'il s'agit d'anémies graves (type Biermer), par voie intramusculaire.

Le principe globulaire provoque une amélioration de l'état général et l'augmentation du poids.

Il ne provoque aucun trouble digestif et il est absolument atoxique.

Une bibliographie extrêmement abondante se trouve annexée à cette thèse.

Essais sur la profession médicale et sur quelques règles qu'elle impose, par H. Grenet. Un vol. in-8 de 160 pages. Prix : 20 fr. Chez Vigot frères, à Paris, 1939.

Manuel d'hématologie pratique. Un vol. in-8 de 162 pages, par Edouard Peyre, avec une préface du Professeur Roussy. A la librairie E. Le François, à Paris, 1938.

Le traitement de la tuberculose ou 50 années d'erreur. Un vol. de 109 pages par le Dr Arnold, chez l'auteur : 1, rue Castéja, Boulogne-sur-Seine, 1938.

INFORMATIONS

(suite de la page 1294)

Ecole du Service de Santé militaire. — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis en 1939 à l'école du Service de Santé militaire, sous réserve de la production du certificat de scolarité prévu à l'article 16 (3e alinéa) de l'instruction du 12 janvier 1939 relative à l'admission à cette école.

A. — SECTION DE MÉDECINE (troupes métropolitaines).

1° *Candidats titulaires de douze inscriptions :*

Demarty, Jeudy, Collignon, Moitel, Seigneuric, Tauzin, Lévy.

2° *Candidats titulaires de huit inscriptions :*

Guérard, Dulac, Rauzy, Bénazet, Le Quère, Trinité-Schillemans, Sagot, Julia, Favreaux, Miffred, Eyrolle, Dumoulin, Cochin, Renaudat, Eberlé, Fosse, Langard, Martin-Sibille, Tauzin, Eyquem, Demesse, Charet, Faure, Léandri, Farsy, Chambelland, Collon, De Brisson de Laroche, Lautier, Berroche, Lehmann, Borromei, Bouchel, Guzy.

3° *Candidats titulaires de quatre inscriptions :*

Dutheil, Tournoux, Séranne, Poulizac, Caille, Nivière, Césard, Missenard, Rongier, Fourcade, Causse, Souweine, Tardos, Garrigou, Ponroy, Picamoles, Serre, Mauriange, Chevalier, Gandin, Avezou, Pierson, Comet, Balley, Farizon, Velay, Morin, Cancel, Pomier-Layrargues, Tréguier, Constant, Crutchard, Galais, Bailly, Olsen, Vulliet, Clavel, Engles, Bergues, Bonfante, Cellier, Dumas, Foliguet, Pecastaing, Matheron, Curnier, Dorland, Anraedt, Rossel, Robaglia, Guillemeteau, Soubiron, de Saint-Pastou de Bonrepeau, Vauthier, Lagarde, Libouban, Baron, Peschaud, Macé, Olivéro, Coldefy, Manach, Laporte, d'Haussy, Rojon, Chièze, Domens, Bertrac, Bouchit, Rivemale, Jauneau, Auduge, Molinier, Agnez, Bourlaud, Bernard, Parenty, Franéou, Priolet, Phelippon, Prudhon, Delbosc, Mathelie-Guinlet, Pousse, Demarchi, Gaubert, Raby, Torre, Miéral, Albertini, Navel, Robin, Moulet, Simond, Joany, Meynier, Auguin, Grenaut, Bucaille, Grès, Girard, Imbert, Viarnaud, Girard, Merlihot, Jouvet, Bonnicel, Castet, Portal, Aigle, Malard, Varinot, Krizek, Marion, Mouroux, Helluy, Merzeau, Salinier, Loniewski, Robert, Brun-Buisson, Deroudithe, Ferrat, Leclercq, Huart, Mathurin, Menantaud, Leclercq, Gra, Prud'homme, Cauret, Du Sourbier de La Tourasse, Briskine, Laffitte, Barrière, Braggini, Brun, Lacroix, Lamou, Simonet.

B. — SECTION DE PHARMACIE. — 1° *Candidats titulaires de quatre inscriptions :*

Balthazard, Grimm.

2° *Candidats stagiaires :*

Audouin, Bergot, Chartol, Le Corroler, Arlac, Philibert, Drugeon, Lecuiller, Le Seac'h, Jaouen, Boutin, Meilalrd, Galley.

Les candidats devront se présenter à l'école, le mardi 10 octobre 1939, porteurs des pièces énumérées à l'article 5 de l'instruction du 12 janvier 1939. Ils produiront également le certificat de scolarité visé à l'article 16 (3e alinéa) de ladite instruction. Leur attention est attirée sur le fait que leur incorporation définitive est subordonnée à la production de ce certificat.

Tout candidat qui renoncerait au bénéfice de son admission devra faire parvenir au ministre (direction du Service de Santé, 1er bureau) sa renonciation à l'emploi d'élève, accompagnée, s'il est mineur, du consentement de son père ou tuteur.

Les candidats sursitaires appelés sous les drapeaux seront mis en route par leur chef de corps sur l'école du Service de Santé militaire pour le 10 octobre 1939.

Service de Santé des troupes coloniales. — ARMÉE ACTIVE. *Concours scientifiques du Corps de Santé des troupes coloniales.* — NOMINATIONS D'ASSISTANTS DES HÔPITAUX COLONIAUX.

Par décision du 19 septembre 1939, les officiers du Corps de Santé des troupes coloniales désignés ci-après sont nommés assistants des hôpitaux coloniaux :

Section médecine : MM. le médecin capitaine Le Bihan, le médecin capitaine Massal, en service dans la 15e région.

Section chirurgie : M. le médecin capitaine Laquintinie, en service dans la 15e région.

Section bactériologie : M. le médecin lieutenant Kervran, en service dans la 15e région.

Section électroradiologie : M. le médecin capitaine Seguy, en service dans la 15e région.

M. le médecin capitaine Jacques, en service dans la région de Paris.

Ces nominations auront effet à compter du 1er octobre 1939.

Ministère de la Santé publique. — M. Marc Rucart, ministre de la Santé publique, poursuivant l'organisation des services médicaux rendue nécessaire par l'afflux des réfugiés dans certaines régions vient de faire appel à un certain nombre de maîtres.

Le ministre, assisté de M. Cavaillon, inspecteur général, a chargé, comme nous l'avons déjà annoncé, M. le professeur Fernand Bezançon, de la réorganisation de la lutte contre la tuberculose. M. le recteur Roussy est chargé de la lutte contre le cancer. M. le professeur Couvelaire, de l'organisation des maternités ; M. le professeur Nobécourt et M. Edmond Lesné, de la protection de l'enfance ; M. Lévy-Bing, de la prophylaxie des maladies vénériennes ; M. Dujarric de la Rivière, de l'hygiène publique.

Rappelons enfin que notre illustre confrère et ami Alexis Carrel, du Rockeller Institute, est attaché au cabinet du ministre comme conseiller technique.

Ministère des anciens combattants et pensionnés. — M. le Dr Demerliac, médecin capitaine de réserve, est chargé de mission au cabinet du ministre.

L'aération des abris. — Le Secrétariat général permanent de la Défense passive communique :

Les dispositions généralement prises en vue d'éviter l'irruption massive des gaz dans les caves-abris, comportant avec raison *l'isolement au moins sommaire de ces abris, par obturation des accès* (portes, rideaux, couvertures) *et des soupiraux* en communication avec l'air extérieur.

L'attention du public va toutefois être appelé sur le fait qu'une *obturation permanente* de tous les soupiraux aboutirait à rendre rapidement l'air de ces caves irrespirables. *Une ventilation est donc indispensable en dehors des alertes.*

Lorsque la disposition des entrées ou de la construction ne permet pas d'assurer dans de telles conditions une aération suffisante, il est *recommandé de recourir à la ventilation forcée,* au moyen d'appareils d'un usage courant (ventilateurs) dont l'installation doit pouvoir être réalisée par les usagers eux-mêmes. A défaut, un soupirail donnant sur la cave-abri pourra être tenu ouvert en dehors du temps des alertes.

Des mesures particulières seront à prendre dans les caves et sous-sols où sont installés des appareils de chauffage, l'inutilisation de ces appareils ne devant pas être envisagées.

Congrès. — *Le Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue française,* qui devait se tenir à Paris, les 12, 13, 14 octobre 1939, est supprimé en raison des événements.

— *La Journée d'Etude biologique du Cancer*, qui devait se réunir le 8 octobre à l'Institut de prophylaxie à Paris, est ajournée.

— *Le 11e Salon de la France d'outre-mer* aura lieu. Toutefois, en raison de la brièveté des journées d'hiver et de l'impossibilité d'user d'éclairage, au Grand-Palais, en temps de guerre, l'ouverture de la manifestation sera reportée à la période du 25 avril au 12 mai 1940.

Nécrologie

Félix Legueu
(1863-1939)

C'est avec une grande tristesse que nous avons appris mardi dernier le décès du professeur Legueu, mort dans sa propriété de Poissy, à la suite du plus banal des accidents.

Legueu était aimé de tous, il était universellement admiré pour ses travaux, pour le prestige, qu'après Félix Guyon et Albarran, il a su maintenir à l'urologie française ; on l'estimait aussi tout simplement, car il était un grand honnête homme.

La carrière de Félix Legueu avait été exceptionnellement rapide et brillante ; ceux de ma génération n'ont pas oublié le merveilleux chef de la conférence Laennec, dont les succès au concours de l'internat étaient si nombreux.

Déjà Legueu se révélait le maître incomparable qu'il est resté toute sa vie. Mince, élégant, la figure impassible, éclairée par un regard très vif et bienveillant, le geste sobre, il parlait avec une correction non apprêtée, savait admirablement se faire écouter et comprendre par son auditoire, séduit dès l'abord.

Et voici les étapes rapides de sa vie chirurgicale. En 1893, il est chirurgien des hôpitaux ; en 1898, agrégé.

De 1901 à 1903, il est chargé de la consultation de chirurgie à Saint-Louis, puis à Necker. En 1904, il est chef de service à Bicêtre, puis à Tenon et à Laennec.

En 1912, la Faculté lui donne la chaire de pathologie externe ; en 1913, il est professeur de la clinique urologique à l'hôpital Necker ; il y reste jusqu'à sa retraite, en 1933.

L'Académie de Médecine lui avait ouvert ses portes en 1924. Il était membre de l'Académie de Chirurgie et commandeur de la Légion d'honneur.

Depuis sa retraite, M. Legueu faisait partie du Comité central de la Croix-Rouge française. Il avait assumé un travail considérable pendant ces dernières années. Ce qui ne l'empêcha pas, il y a un mois, d'accepter le service de chirurgie que l'Assistance publique lui offrit à l'hôpital Beaujon, car Legueu faisait toujours passer le devoir avant le reste.

Je ne puis énoncer dans ces trop courtes lignes l'œuvre de Legueu, il faut cependant faire une place d'honneur à son traité écrit en collaboration avec Papin. Il faut rappeler aussi que Legueu a fondé la Société Française d'Urologie et qu'il fut le créateur des *Archives urologiques de la Clinique de Necker*.

Dans l'Histoire de l'Urologie française, le nom de Legueu restera inséparable de ceux de Félix Guyon, d'Albarran et de M. Henri Hartmann, dont Legueu fut le premier et le plus brillant des élèves.

Très respectueusement, nous nous inclinons devant la douleur qui accable Mme Félix Legueu. Nous prions son fils, M. François Legueu, qui porte si dignement le nom illustré par son père, de recevoir l'expression très vive de notre profonde sympathie.

F. L. S.

Tombés au champ d'honneur

Le médecin lieutenant Mathieu, de l'armée active.

Le lieutenant de réserve S. Donon, inspecteur des finances. Il était le gendre de notre collègue et ami Jean Hallé, médecin honoraire des hôpitaux, à qui nous adressons l'expression profondément émue de notre très affectueuse sympathie.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies Méditerranéennes, par Henri Violle et Jean Péri, 1 volume, 402 pages et 84 figures, 1939. Vigot, éditeur.

La collaboration précieuse du professeur d'hygiène et du chargé de cours des maladies exotiques de notre Faculté de Médecine de Marseille, nous vaut ce volume qui vient à son heure, quelques années après l'important Congrès d'hygiène méditerranéenne de Marseille, qui avait déjà montré l'intérêt apporté dans cette ville à ces questions.

Un chapitre d'ordre général, décrit le climat méditerranéen et insiste sur l'influence qu'il peut jouer en créant des conditions propices à l'éclosion et l'extension de certaines affections.

Trois maladies y sont étudiées avec de nombreux détails et d'amples dévelopements : les fièvres exanthématiques (fièvre boutonneuse et typhus exanthématique murin), le Kala Azar méditerranéen et la brucellose.

Pour chacune d'entre elles sont successivement passées en revue les conditions étiologiques, la clinique et le traitement. Une bibliographie particulièrement importante pour les deux premières infections est annexée à chaque chapitre.

Si, comme le disent les auteurs, les brucelloses sont actuellement bien connues des nombreux médecins, il n'en est pas de même des deux autres infections, et ceux qui voudront bien les connaître, trouveront dans cet ouvrage une vue d'ensemble et des précisions étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques qui leur seront des plus précieuses.

Ainsi, Marseille et sa Faculté se classent de plus en plus comme un centre capital pour l'étude des maladies méditerranéenes. Le livre d'Henri Violle et Jean Piéri ne contribuera pas peu à accréditer cette opinion.

H. R.

Les crises convulsives, première manifestation des néphrites aiguës chez l'enfant, par le Docteur Brigitte Lamothe. Paris. E. Durand, 1939.

Nul n'ignore l'importance chez l'enfant du syndrome convulsions au cours des affections les plus diverses. Ce très intéressant travail clinique fondé sur de nombreux travaux antérieurs mais étayé par une documentation personnelle diligemment recueillie et très scientifiquement interprétée, insiste à nouveau sur l'importance pathogénique de l'élément rénal, quelle que soit l'origine de ce trouble. Chez le jeune enfant, en particulier, il convient de ne jamais négliger l'importance d'une scarlatine, même discrète, ni des infections rhinopharyngées; l'examen du liquide céphalorachidien permettra d'éviter toute confusion avec le facteur méningé dont l'importance ne saurait d'ailleurs être niée.

Sans doute l'hypertension artérielle joue-t-elle un rôle dans la déterminaison des accidents. C'est l'importance des lésions rénales et non la violence des convulsions qui commande le pronostic et doit avant tout orienter le traitement.

L. B.

NOTES POUR L'INTERNAT

AMIBIASE INTESTINALE [1]

(Suite et fin)

Diagnostic

Facile dans la dysenterie amibienne classique, il soulève dans la pratique journalière, de difficiles problèmes, tant sont fréquentes, nous le soulignons encore, les formes initiales frustes, les formes chroniques larvées ou camouflées.

A. *En phase aiguë.*

C'est essentiellement une question d'*examen coprologique*. La mise en évidence dans un exsudat colique muqueux ou membraneux de la forme *végétative* de l'*antamœbu dysenteriæ*, après prélèvement dans le rectum d'un exsudat colique.

Sous précautions pratiques indispensables : mucosités prélevées fraîches, examen portant surtout sur les glaires et le sang, examen à chaud sous le microscope (chauffer la platine).

Caractères : — Grandes amibes en général;

— Différenciation assez nette de l'endoplasme granuleux et de l'ectoplasme hyalin.

Surtout : amibe *très* mobile
Dont l'ectoplasme est très *réfringent*
Qui contient de ses vacuoles des *hématies.*

Ces caractères doivent suffire à les différencier des *amœba coli*, non pathogènes, qui elles sont petites, peu mobiles, dont l'ecto et l'ectoplasme sont mal différenciés, et surtout non hématophages.

En fait il faut se garder de conclure après un seul examen.

Savoir les répéter et, si le diagnostic est hésitant, recourir à l'*inoculation au rectum du chat.*

B. *En phase chronique.*

Le diagnostic devient alors des plus difficiles.

Etape clinique : Etude soigneuse du *mode de début* des troubles intestinaux;

Notion étiologique d'un *séjour aux colonies* ou dans une région parasitée.

En fait, et surtout :

1° *Examen coprologique :* Recherche des *formes kystiques* de l'Ent. dys.

Précautions : Tamisage des selles.
Donner la veille un *purgatif* et au moment même de l'examen un lavement iodo-ioduré.
Au besoin : *réactivation de l'amibiase* à l'émétine.

Caractères : Les kystes pathogènes sont de petits kystes de la dimension d'un polynucléaire, présentant une double membrane d'enveloppe et au maximum 4 noyaux.

2° *Examen rectoscopique.* Il a un double intérêt :

— Montrer directement l'aspect et l'étendue des lésions;

— Permettre de faire à leur niveau un prélèvement.

Les lésions de rectite dysentérique sont parfois assez typiques : sur une muqueuse rouge, ecchymotique, apparaissent des plaques blanchâtres, arrondies, formées par des fausses membranes. La sous-muqueuse indurée se laisse difficilement déplisser.

Mais trop souvent on ne trouve que des ulcérations petites, superficielles, sur une muqueuse modérément congestive.

Au minimum, une muqueuse pâle, décolorée par zones irrégulières que limite un réseau vasculaire dilaté.

— C'est dans ces cas, où la rectoscopie n'ayant pas eu d'autre but que d'éliminer une lésion locale d'autre nature (néo en particulier), sans affirmer la nature dysentérique de la lésion, qu'il est indispensable d'avoir recours au :

Traitement anti-amibien d'épreuve, qui seul, bien souvent pourra affirmer le diagnostic.

Diagnostic différentiel

Il est à faire : Soit en présence d'accidents aigus;
Soit en face d'accidents chroniques.

A. *Accidents aigus.*

Il revient à faire le diagnostic des syndromes dysentériques aigus.

a) Quand le syndrome est franc et au complet.

Un diagnostic : la *dysenterie bacillaire*, souvent impossible à résoudre par la clinique seule.

Cependant, en faveur de la D. B. :

— Son allure plus nettement infectieuse;

— Le nombre beaucoup plus élevé des selles;

— L'importance des troubles de l'état général (en particulier état de déshydratation plus accentué).

Mais en fait tous les intermédiaires cliniques peuvent se voir et c'est toujours au laboratoire qu'il faut demander la clé du problème.

A l'examen des selles : Au lieu d'amibes on trouverait, dans une purée de leucocytes le *bacille dysentérique*. — A l'ensemencement, c'est un bacille Gram négatif, cultivé sur gélose lactosée tournesolée en boîte de Pétri, que l'identification ultérieure montrerait être un Shiga, His ou Flexner.

Plus tard, à *la séro-agglutination*, au 12e jour, avec cultures connues.

— C'est aussi le laboratoire qui montrerait de même l'existence de dysenteries aiguës avec d'autres protozoaires que des amibes : *lamblias balantidinmo* par exemple.

b) Quand il s'agit de troubles gastro-intestinaux dysentériformes.

Sans parler des diagnostics spéciaux qui se posent aux colonies, tels : Diarrhée de Cochinchine; Diarrhée et syndrome dysentériforme au cours du paludisme.

— Savoir éliminer une diarrhée banale estivale; une diarrhée par intoxication alimentaire, et surtout savoir *se méfier* et pratiquer un examen complet de toute diarrhée suspecte en temps, ou en lieu d'épidémie.

II. Accidents chroniques.

a) S'ils revêtent une allure dysentériforme, éliminer les :

S. dysentériformes *accidentels* (ingestion de toxiques) ou succédant à une affection générale (urémie).

On pense surtout aux affections du côlon, tuberculose ou rétrécissement et avant tout *cancer.*

D'où l'importance de la rectoscopie.

b) S'ils revêtent une allure entéritique :

Ils peuvent simuler quantité d'affections digestives, dont le diagnostic différentiel est quasiment impossible sans une étude minutieuse des antécédents et l'examen des selles :

— Une appendicite;

— Une entéro-colite muco-membraneuse;

— Des troubles dyspeptiques de nature et de cause variable;

— Une ptose gastro-colique, etc...

Seront ainsi souvent pendant lontemps mis en cause.

Au total : Le point capital est de *penser* à la possibilité d'une amibiase et d'effectuer tous interrogatoires et recherches dans ce sens — au besoin pratiquer suffisamment tôt un traitement d'épreuve émétinien

G. Le Sueur.

[1] Fin. Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 73 et 75-76.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René
Vincent

Nos 83-84. — 18-21 OCTOBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

L'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le professeur Pierre NOBÉCOURT.

Sociétés Savantes.

Académie de Chirurgie. — Société médicale des Hôpitaux.

Pratique Médicale.

L'anesthésie endoveineuse.

Livres nouveaux.

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Lyon. — Un concours pour la nomination d'un oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux s'ouvrira le lundi 15 avril 1940. Inscriptions avant le 30 mars 1940.

Guerre. — *Le Journal Officiel* du 3 octobre publie un décret relatif à la *réintégration* des officiers (active et réserve) rayés des cadres (p. 11910).

Le Journal Officiel du 4 octobre publie un décret relatif aux *promotions* des officiers à *titre définitif pendant la durée de la guerre* (p. 12020).

Un décret relatif aux *promotions à titre temporaire* (p 12038).

Marine. — *Le Journal Officiel* du 4 octobre publie (p. 12023) un décret déclarant admis les admissibles à l'Ecole principale au Service de Santé de la marine.

Conformément aux dispositions de l'article 1er du décret-loi du 26 septembre 1939, les nominations d'élèves du Service de Santé de la marine ont été prononcées dans l'ordre du classement d'admissibilité. Le nombre de nominations correspond, dans chaque catégorie, aux besoins nouveaux de la marine et des troupes coloniales, besoins qui se répartissent comme suit :

1° *Ligne médicale.* — Candidats à quatre inscriptions : 110 places, dont 60 pour les troupes coloniales et 50 pour la marine ;

Candidats à huit inscriptions : 7 places pour la marine ;

Candidats à douze inscriptions : 9 places pour la marine ;

Candidats à seize inscriptions : 3 places pour la marine.

2° *Ligne pharmaceutique.* — Candidats stagiaires : 10 places, dont 6 pour les troupes coloniales et 4 pour la marine ;

Candidats à huit inscriptions : 3 places pour la marine ;

Candidats à douze inscriptions : 4 places pour la marine.

A. — LIGNE MÉDICALE. — 1° *Candidats titulaires de quatre inscriptions :* MM. Locci, Manach, d'Haussy, Vauthier, Nansot, Curnier, Lagarde, Caille, Huart, Cancel, Francou, Moricheau-Beauchamp, Moutet, Briskine, Bourlaud, Crutchard, Moutel, Balley, Brun-Buisson, Grégoire, Penquer, Souweine, Lissitzsky, Devilla, Lacroix, Loniewski, Merzeau, Raoul, Helluy, Imbert, Bergues, Guillemeteau, Merlihot, Fillioux, Gandin, Cabarrou, Poulizac, Seranne, Torre, Libouban, Dalger, Bonfante, Fribaud, Marion, Mindren, Vincent, Cauret, Belotte, Brygoo, Guillerm, Mace, Girardet, Simond, Salinier, Berets, Bernachon, Sankale, Brun, Joany, Lamou, Bodet, Mayeux, Perthuisot, Ridet, Tanneau, Briel, David, Marmouget, Lalouet, Menantaud, Borel, de Morati-Gentille, Kerbastard, Litalien, Peyre, Fichez, Rivemale, de Jaureguiberry, Maubois, Perrouty, Phelippon, Maurice, Salles, Bertrac, Olsen, Bazin, Puech, Morin, Lestage, Castel, Fer, Lasternas, Grappin, Nouais, Bouchit, Lagarde, Le Quinio, Galais, Gaubert, de Saint-Pastou de Bonrepeaux, Ezanno, Labusquière, Luigi, Langlais, Montagne, Petit, Costantini, Laigret, Robin, Albertini.

2° *Candidats titulaires de huit inscriptions.* — MM. Berroche, Eberlo, Dumoulin, Perdoux, Milin, Delpuech, Manquene.

3° *Candidats titulaires de douze inscriptions :* MM. Boisson, Tauzin, Guillaud, Weil, Lebec, Hombron, Rondet, Labbé, Arnaud.

4° *Candidats titulaires de seize inscriptions.* — MM. Morgan, Peirier-Coutansais, Chauvelo.

B. — LIGNE PHARMACEUTIQUE. — 1° *Candidats stagiaires.* — MM. Audouin, Minet, Tanguy, Arlac, Lecuiller, Bourles, Philibert, Charlot, Bergot, Appriou.

2° *Candidats titulaires de huit inscriptions.* — MM. Kerguen, Texier, Banderly.

3° *Candidats titulaires de douze inscriptions.* — MM. Piffre, Coquelin, Roger, Dantony.

Ministère de la Santé publique. — *Le Journal Officiel* du 10 octobre publie un décret déterminant les mesures exceptionnelles d'hygiène motivées par l'état de guerre. Ce décret prévoit la nomination de médecins assistants d'hygiène, il traite de la déclaration des maladies infectieuses, des désinfections, de l'isolement et des mesures de prophylaxie (vaccinations et revaccinations).

Défense passive. — Aux termes d'un décret publié au *Journal Officiel* du 10 octobre, les fonctions d'inspecteur général de la défense passive seront exercées sur l'ensemble du territoire, pendant toute la durée des hostilités, par le général d'armée, commandant supérieur des forces terrestres antiaériennes, chargé de la coordination de la défense active et de la défense passive.

Dans la Presse médicale belge. — Notre grand confrère, *Bruxelles Médical*, constate « avec quelle régularité et quel courage continuent à paraître les journaux médicaux français ». Venant de nos confrères belges qui ont toujours donné l'exemple le plus élevé du courage civique. ce témoignage dicté par une vieille et indissoluble amitié, rend très fiers les journalistes français, encore qu'il soit bien peu mérité puisqu'en France, comme l'écrit notre confrère : « La vie continue dans le calme et le sang-froid ».

Ligue internationale contre le rhumatisme. — Le président de la Ligue, le professeur Ralph Pemberton, et le secrétaire général, le Dr Van Breemen, nous avisent qu'en raison de la guerre les bureaux de la Ligue sont fermés et que tous les membres de la Ligue internationale, Conseil, délégués, etc., sont relevés de leurs droits et devoirs.

Cours libre sur le Service social et son adaptation aux périodes de guerre. — M. le Dr P.-F. Armand-Delille a commencé le mardi 10 octobre 1939, à 4 heures du soir, à la Sorbonne (amphithéâtre Michelet), et continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure, une série de conférences sur l'organisation du Service social et l'Assistance médico-sociale, spécialement adaptées aux Services civils pendant la guerre.

La Société médicale de Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien fera célébrer sa messe annuelle le dimanche 22 octobre, à 8 heures, à la basilique de Montmartre, chapelle de Saint Luc.

LIVRES NOUVEAUX

Les pièges de la chirurgie en diagnostic et thérapeutique. Erreurs ou fautes ou faits présumés tels. Conditions et limites de la responsabilité, par M. Emile Forgue, membre correspondant de l'Institut, membre de l'Académie de Chirurgie, associé national de l'Académie de Médecine, et M. Aimes, professeur à la Faculté de Montpellier. — Un volume de 510 pages. Broché : 90 francs. Cartonné toile : 120 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

M. le professeur Forgue a bien voulu m'adresser le beau traité qu'il vient d'écrire en collaboration avec M. le professeur Aimes. J'ai reçu son livre au début des vacances, si on peut appeler ainsi la période incertaine et angoissante qui a précédé la catastrophe déclenchée par la folie furieuse du gangster nazi.

Les circonstances m'ont empêché de présenter plus tôt cet ouvrage magistral à nos lecteurs. Je m'en félicite, car j'ai eu le temps de le lire, de le relire et de méditer les conseils précieux qu'il offre à nos méditations.

Le vénéré maître montpelliérain et son distingué collaborateur se sont proposés un double but. Mettre en garde le chirurgien contre les accidents opératoires qu'il peut rencontrer dans sa pratique et définir sa responsabilité légale. M. Emile Forgue, dans sa retraite si laborieuse et si féconde s'est toujours attaché à faire profiter ses successeurs de son expérience ; cette expérience est longue, elle lui permet de faire des retours en arrière, de juger avec son inflexible droiture, et son impeccable bon sens tout ce qu'il a pu observer. Il en tire des déductions toujours justes, basées sur des faits précis et lumineusement exposées.

Ces conseils s'adressent à tous les jeunes chirurgiens et leur éviteront bien des erreurs, bien des fautes qui peuvent en temps normal mettre en jeu leur responsabilité.

A ce point de vue, l'ouvrage est d'une parfaite clarté, il est documenté avec la rigueur que M. E. Forgue apporte dans toutes ses publications.

Au cours de ma lecture, j'ai recherché dans ce livre tout ce qui peut être utile, non seulement au chirurgien du temps de paix, mais à celui, hélas, du temps de guerre qui est le nôtre.

C'est ainsi que je me suis attardé à la lecture de certains chapitres, comme celui consacré au *tétanos*, dans lequel les auteurs indiquent ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. Ils ne manquent pas de rappeler une certaine condamnation prononcée contre un confrère qui n'avait pas jugé utile de faire une injection de sérum antitétanique et que défendit courageusement notre collègue Fauquez. Il faut lire le chapitre des *brûlures*, avec les conseils pour la préparation au tannage et pour son exécution. Il faut lire le chapitre consacré à la *transfusion*, celui des *plaies des vaisseaux*, celui des *fractures* et de leur traitement...

Ces chapitres sont d'une actualité absolue. C'est pourquoi je me suis permis de les citer au milieu de tant d'autres plus importants, certes, en temps de paix.

Lisez donc ce livre, mes chers confrères, gardez-le sur votre table de travail. Ce sera un ami sûr que vous serez souvent heureux de consulter. Il vous évitera bien des hésitations, bien des angoisses, bien des déboires.

F. L. S.

Nécrologie

Le Dr Harvey Cushing, le grand maître de la neuro-chirurgie américaine, décédé à Newhawen, Connecticut, U. S. A., à l'âge de 77 ans. Il était membre associé de notre Académie de Médecine..

Le Dr Ch. Hoff, à Sainte-Marie-aux-Mines.

Le Dr Paul Petit-Dutaillis, médecin principal honoraire de la marine, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé à Saint-Germain-en-Laye, à l'âge de 82 ans.

Le médecin général Couturier, du cadre de réserve.

Le Dr Henri Blanc, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien président de la Société des Chirurgiens de Paris, décédé à Toulon, le 10 septembre 1939.

L'EXERCICE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES GENS

I. Ses possibilités et ses objectifs suivant l'âge et le sexe
Son abus et le surmenage physique

Par le professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

L'exercice est la fonction naturelle du système musculaire, comme la respiration est la fonction de l'appareil respiratoire.

Son rôle est de première importance. Il produit le mouvement indispensable aux relations avec le monde extérieur ; il est nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme et à la santé.

D'autre part, il n'est possible, facile, efficace, que si l'organisme réalise un certain nombre de conditions.

Avant d'aller plus loin, il convient de définir l'exercice et le mouvement, car ces mots ont des acceptions diverses. La lecture de quelques dictionnaires montre la difficulté d'en donner une bonne définition.

Barbier (1) nous apprend que le mot *exercice* vient des mots latins *exercitatio*, qui indique l'action de s'exercer, et *exercitium*, qui indique l'exercice en lui-même ou ce qui exerce ; ces deux mots viennent d'*exercere*, qui signifie exercer, faire, travailler. L'auteur définit l'exercice : « Tout mouvement du corps qui provient de la contraction des muscles soumis à la volonté ».

Pour E. Littré (2), *exercice* vient d'*exercitium* ; l'exercice est un « mouvement actif du corps, qui nécessite l'action des muscles soumis à la volonté ».

Le mot *mouvement*, dérivé du latin *motus*, « désigne, d'après Bullier (3), le phénomène... à l'aide duquel le corps ou l'une de ses parties change de situation par rapport aux choses qui l'entourent ». Et E. Littré écrit : « En physiologie, changement de situation qu'un corps ou quelqu'une de ses parties éprouve, relativement à certains objets regardés comme fixes, par l'effet d'une force qui agit sur lui pendant un certain laps de temps ou d'une manière constante ».

Les définitions ci-dessus confondent exercice et mouvement. Ici, nous prendrons le mot *exercice* dans le sens *d'exercere :* c'est l'activité des muscles soumis à la volonté, qui, en se contractant, donnent naissance à une force, la *force musculaire*. Le *mouvement* est le changement de situation du corps ou d'une de ses parties déterminé par la contraction du muscle.

Le mouvement produit dans ces conditions est un *mouvement volontaire*, un *mouvement actif*.

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, par une Société de médecins et de chirurgiens. C. L. F. Panckouke, éditeur. Tome XIV, 1815.

(2) E. Littré. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*. J.-B. Baillière et fils, 16e édition, 1886.

(3) *Dictionnaire des sciences médicales*. Tome XXXIV, 1819.

A celui-ci s'oppose le mouvement indépendant de la volonté, le *mouvement passif*, qui est provoqué par une force extérieure au sujet ou est un acte réflexe.

L'exercice musculaire engendre deux ordres de mouvements volontaires :

1° Les *mouvements de totalité* ou *d'ensemble*, c'est-à-dire le changement de situation de tout le corps ; ce sont, notamment, les *mouvements de locomotion*, marche, course, natation, etc. ;

2° Les *mouvements partiels* ou *sur place*, c'est-à-dire les changements dans les rapports respectifs des segments du squelette : flexion, extension, adduction, abduction, rotation.

Dans le langage courant, les termes *exercice* ou *exercice musculaire* et *mouvement volontaire* sont employés indifféremment.

L'exercice apparaît quelques semaines après la naissance et ne cesse qu'au voisinage de la mort. Mais à chaque âge, il comporte des modalités particulières, dépendant de la structure et des possibilités fonctionnelles de l'organisme.

Pendant la période de croissance staturale, cette structure et ces possibilités se modifient avec l'âge ; rudimentaires chez le nouveau-né, elles se perfectionnent peu à peu pendant les petite (jusqu'à 2 ans 1/2), moyenne (juqu'à 6 ans) et grande (jusqu'à 12 ans pour les filles, 14 ans 1/2 pour les garçons) enfances, l'âge de la puberté (jusqu'à 15 ans pour les filles, 17 ans 1/2 pour les garçons), la jeunesse (jusqu'à 20 ans).

Je vais étudier :

I. L'acquisition de l'exercice et des mouvements volontaires au début de l'existence.

II. Les conditions nécessaires ou favorables à l'exercice.

III. Les effets de l'exercice.

IV. Le besoin de mouvement chez les enfants et les jeunes gens, l'exercice suivant l'âge et le sexe.

V. L'abus de l'exercice et le surmenage physique.

I. — ACQUISITION DE L'EXERCICE ET DES MOUVEMENTS VOLONTAIRES AU DÉBUT DE L'EXISTENCE (1)

Pendant les premières semaines de son existence, l'enfant n'a pas de mouvements volontaires ; il n'a que des *mouvements impulsifs* ou *instinctifs*.

Les **mouvements volontaires**, quand ils commencent à se manifester, sont bien difficiles à distinguer des précédents ; ils s'en différencient par le fait qu'ils paraissent avoir ou ont un but déterminé.

Dans le deuxième et le troisième mois débutent des mouvements expressifs : protrusion des lèvres, froncement des sourcils, vague sourire, fixation du regard, etc. Ce sont des essais bien imprécis.

(1) Hutinel et Babonneix. In V. Hutinel. *Les maladies des enfants*. Paris, Asselin et Houzeau, 1909. Tome V, p. 24.

E. Lesné et Léon Binet. *Physiologie normale et pathologique du nourrisson*. Masson et Cie, 1921, p. 263.

L. Exchaquet. *Le nourrisson, sa physiologie, sa santé*. Payot et Cie, Lausanne, 1934.

Latarjet. L'activité motrice du nourrisson et du bébé. *Revue française de Puériculture*. Tome V, n° 2, 1937-1938, p. 75.

A partir du troisième mois, les *mouvements des membres* commencent. Ils sont d'abord très simples ; le bébé cherche à se rendre compte des objets de son voisinage : investigation digitale, préhension, manipulation.

Peu à peu, ils deviennent plus étendus, plus complexes, plus variés.

Dans les premiers temps, ils sont indécis, imparfaits, incorrects, lents, spasmodiques et rappellent ceux de l'athétose ; plus tard, ils gagnent en précision et en correction. Ils sont bilatéraux, associés ; à cet âge, la *syncinésie* est physiologique.

Vers 4 mois, le bébé commence à dresser la tête, le sourire devient plus expressif.

A partir de 5 ou 6 mois, le bébé peut tenir la tête droite, rester assis, le dos appuyé sur un oreiller, puis sans soutien, et être porté sur le bras.

Jusque-là ambidextre, il a une tendance progressive à se servir surtout de la main droite. Il commence à jouer avec les menus objets qu'on lui donne.

Dans les onzième, douzième et treizième mois, il se meut en rampant sur le ventre, puis à quatre pattes ; il cherche à se dresser sur ses membres inférieurs et enfin se tient debout en s'appuyant. Soutenu, il ébauche ses premiers pas. Il commence à balbutier ses premiers mots.

De 14 à 18 mois, il commence à marcher seul.

SOMME TOUTE, pendant cette période, l'enfant apprend l'exercice des muscles qui commandent et coordonnent les mouvements, le maintien de l'équilibre et la marche.

Pendant les années qui suivent l'exercice musculaire acquiert une précision de plus en plus grande.

Cette progression dans l'exercice est liée au perfectionnement des systèmes nerveux, musculaire et osseux.

II. — CONDITIONS NÉCESSAIRES OU FAVORABLES A L'EXERCICE

La possibilité, la facilité, l'efficacité de l'exercice dépendent :

A. D'une façon directe, des *systèmes nerveux, musculaire, ostéo-articulaire.*

B. D'une façon indirecte, de l'*organisme en général*, plus spécialement de *certains appareils* et *organes*, ainsi que du *milieu extérieur.*

A. *ROLE DES SYSTEMES NERVEUX, MUSCULAIRE, OSTEO-ARTICULAIRE.*

L'intégrité des systèmes nerveux, musculaire, ostéo-articulaire est nécessaire pour que l'exercice soit possible, facile, efficace. L'observation clinique fournit de nombreux exemples des troubles qu'apportent à l'exercice et aux mouvements volontaires des altérations de l'un ou de l'autre de ces systèmes.

D'autre part, le développement et le comportement de ces systèmes, depuis la naissance jusqu'à la fin de la période de croissance staturale, rendent compte des possibilités et des modalités de l'exercice pendant les étapes successives de l'enfance et de la jeunesse.

a) SYSTEME NERVEUX (1).

Le système nerveux moteur comprend : certaines régions de l'*écorce cérébrale*, organes de commande ; certains faisceaux de la *substance blanche de l'encéphale* et de la *moelle épinière* avec des relais de *substance grise*, les *nerfs* et la *plaque motrice*, qui établit le contact avec les fibres musculaires, organes de transmission.

Cerveau. — A la naissance, les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, dont le nombre est fixé depuis le huitième mois de la vie intra-utérine, sont rudimentaires ; toutefois, les cellules pyramidales de la région rolandique, zone motrice, ont un développement assez avancé. Les *dendrites* et les *fibres nerveuses* nées de ces cellules ne sont qu'ébauchés.

Après la naissance, les *cellules nerveuses* augmentent de volume et leur structure se perfectionne jusque vers 30 mois, les *fibres nerveuses* se myélinisent. La myélinisation des fibres constituant les *faisceaux pyramidaux*, fibres motrices qui assurent la liaison entre les cellules pyramidales de la zone rolandique et les relais cellulaires du bulbe et de la moelle, est à peu près achevée à la fin du premier mois et complète à 9 mois.

Quant aux *fibres d'association* ou *fibres tangentielles*, qui établissent des connexions entre les cellules de la zone rolandique et celles des différentes régions de l'écorce, elles se forment plus tardivement; elles continuent de se développer jusqu'à la fin de la jeunesse et même jusqu'à 40 ou 50 ans.

Moelle épinière. — A la naissance, son développement est plus avancé que celui du cerveau.

Après la naissance, la myélinisation du *faisceau pyramidal*, qui a commencé pendant la vie intra-utérine, se poursuit et est achevée vers 4 ans ; celle du *faisceau pyramidal croisé* ne commence qu'après la naissance.

Les *cellules des cornes antérieures*, au voisinage desquelles aboutissent les fibres motrices venues de la zone rolandique, sont précocement développées.

Nerfs périphériques. — La myélinisation des fibres des nerfs moteurs est précoce et se poursuit à mesure qu'elles s'allongent.

Somme toute, le système nerveux moteur est imparfait chez le nouveau-né ; après la naissance, il se perfectionne rapidement. Avec ce perfectionnement, apparaissent et se développent l'*exercice* et les *mouvements volontaires* que nous avons étudiés ci-dessus.

Mais le développement des *éléments de la sensibilité* et des *éléments d'association*, qui interviennent dans l'exercice, est plus tardif ; aussi les *fonctions* de coordination ne s'acquièrent et ne se perfectionnent que lentement.

b) SYSTEME MUSCULAIRE.

Chez le nouveau-né et le petit enfant, les membres sont grêles. D'après E. Lesné et Léon Binet, « le poids de l'ensemble des muscles et des tendons des nouveau-nés est à celui trouvé chez l'adulte ce que 1 est à 48 ».

La *teneur en eau des muscles*, forte chez le nouveau-né, diminue jusqu'à 2 ans. Au contraire, leur *teneur*

(1) Hutinel et Babonneix, E. Lesné et Léon Binet, E. Exchaquet. *Loc. cit.*

en matières solides et leur *teneur en myosine* augmente.

On dose, pour 100 gr. de muscle :

	Eau	Matières solides	Myosine
A la naissance	81 gr. 65	18 gr. 35	5 gr. 01
A 3 mois	79 gr. 92	20 gr. 78	»
A 2 ans	77 gr. 21	22 gr. 79	6 gr. 41

Dans *la fibre musculaire* du nouveau-né, le *sarcoplasme* est abondant, les *fibrilles* sont peu développées. Puis rapidement la différenciation s'accentue.

Au début de l'existence, la réponse du muscle aux *excitations faradiques* et *galvaniques* diffère de ce qu'elle sera dans la suite ; ces particularités persistent tant que la différenciation des fibrilles n'est pas achevée (G. Weiss).

Jusqu'à 5 semaines, la réponse est faible, la contraction et le relâchement sont lents (Westphal).

D'après E. Meyer, chez le chien nouveau-né, la secousse comprend une phase ascendante, une phase de contraction, une phase très lente de descente et sa durée totale est de 110 centièmes de seconde : chez le chien adulte, les phases d'ascension et de descente se succèdent et leur durée est de 12 centièmes de seconde.

Pendant toute l'enfance, les muscles restent grêles et ne font quelque relief qu'à l'état de contraction. Les membres sont assez arrondis, même quand l'adiposité est médiocre.

Pendant la période pubérale et la jeunesse, chez les *garçons*, le volume des muscles augmente beaucoup ; les reliefs musculaires se dessinent.

En mesurant de semestre en semestre, chez les mêmes garçons, les périmètres de la cuisse, du bras, de l'avant-bras, Paul Godin (1) a constaté que leur accroissement est plus fort pendant la seizième année que pendant la quinzième et la dix-septième. « La croissance, écrit-il, est surtout musculaire pendant la puberté et surtout osseuse avant elle ».

Pour Léon Mac-Auliffe (2), cet accroissement des muscles est la conséquence de l'augmentation considérable du poids du corps à la puberté : « Augmentation considérable du poids du corps, accroissement par conséquent de la résistance offerte à la puissance dans les divers leviers de la locomotion, nécessité de l'épaississement des principaux muscles (l'épaisseur de ces derniers étant en rapport avec l'énergie de leurs efforts) ».

Chez les *filles*, l'accroissement musculaire est moins grand que chez les garçons ; leurs muscles ne dessinent pas de reliefs ; leurs formes restent arrondies.

Si l'interprétation donnée par Léon Mac-Auliffe est exacte, il convient de noter que le poids des filles, supérieur à celui des garçons de 11 à 13 ans, devient égal à 14 ans, et est inférieur ensuite ; que, ce qui importe plus, le rapport du poids à la taille est, chez les filles, supérieur jusqu'à 14 ans, égal à 15 ans, inférieur ensuite à celui des garçons (1).

La *force musculaire* a été mesurée par Quételet (2) et par Mario (3), à l'aide d'un dynamomètre fixé au sol par les pieds et tiré par les bras. On met ainsi en jeu un grand nombre de muscles : muscles des membres inférieurs qui résistent, muscles des membres supérieurs et des extenseurs du tronc qui agissent activement. Voici leurs constatations.

Ages	Quételet		Mario
	Garçons	Filles	Filles
8 ans	33 kg.	24 kg.	»
9 ans	40 kg.	30 kg.	»
10 ans	46 kg.	31 kg.	»
11 ans	48 kg.	37 kg.	36 kg. 1
12 ans	51 kg.	40 kg.	35 kg. 7
13 ans	69 kg.	44 kg.	37 kg. 4
14 ans	81 kg.	50 kg.	40 kg.
15 ans	88 kg.	53 kg.	46 kg. 5
16 ans	102 kg.	59 kg.	48 kg.
17 ans	126 kg.	64 kg.	46 kg. 7
18 ans	130 kg.	67 kg.	50 kg. 4
19 ans	132 kg.	67 kg.	»
20 ans	138 kg.	68 kg.	»

Les nombres précédents établissent que la force musculaire :

1° *Augmente avec l'âge*, mais d'une façon différente chez les garçons et chez les filles ;

2° Chez les *garçons*, augmente notablement avant 15 ans, beaucoup de 15 à 17 ans, peu passé cet âge ;

3° Chez les *filles*, augmente notablement moins que chez les garçons, augmente peu à la puberté.

Le tableau suivant résume ces conclusions.

	Accroissement de la force		
	Garçons	Filles	
		Quételet	Mario
11 à 13 ans..........	21 kg.	7 kg.	1 kg. 3
13 à 15 ans..........	19 kg.	9 kg.	9 kg. 1
15 à 17 ans..........	38 kg.	11 kg.	0 kg. 2
17 à 19 ans..........	6 kg.	3 kg.	»

Des modalités du développement du système musculaire et de l'accroissement de la force musculaire, il résulte que jusqu'à 16 ans les garçons ne doivent pas se livrer à des exercices de force, que les filles y sont toujours inaptes.

Certes, certaines filles, soumises à un entraînement intensif, peuvent acquérir la force musculaire ; mais cette acquisition n'est pas physiologique.

c) SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE.

Os longs des membres. — A la naissance et pendant les premiers mois de l'existence, ces os sont tendres et peuvent être sectionnés avec un couteau ; le tissu spongieux est abondant, la courbe corticale compacte est mince, les extrémités sont, pour la plupart, uniquement cartilagineuses.

(1) Paul Godin. *Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps.* 2e édition, 1935. Amédée Legrand, Paris.

(2) Léon Mac-Auliffe. *Développement. Croissance.* Amédée Legrand, Paris, 1923, p. 96.

(1) P. Nobécourt. *Les enfants trop petits.* L'Expansion scientifique française, Paris, 1929.

P. Nobécourt et M. Kaplan. La croissance normale, *in* P. Nobécourt et L. Babonneix. *Traité de médecine des enfants*, 1934. Tome Ier, Masson et Cie, Paris.

(2) Cité par Maurice Boigey. *Education physique de l'enfance et de l'adolescence.* L'expansion scientifique française, Paris, 1929, p. 118.

(3) Cité par L. Dufestel. *La croissance.* Gaston Doin, Paris, 1920.

Pendant toute l'enfance, les os des membres s'allongent ; leur allongement se ralentit à partir de l'éclosion de la puberté. A des âges différents pour chacun d'eux apparaissent dans les épiphyses des *points complémentaires* ou *secondaires d'ossification ;* en s'accroissant et en s'étalant, ils ne tardent pas à n'être séparés de l'extrémité de la diaphyse que par une bande de cartilage, le *cartilage de conjugaison*. Finalement, la *soudure* de l'os épiphysaire et de l'os diaphysaire s'effectue entre 16 et 20 ans et même 25 ans ; pour un même os, elle est un peu plus précoce chez les filles que chez les garçons.

Parallèlement, le tissu spongieux diminue, le tissu compact s'épaissit, la teneur du tissu osseux en eau diminue, la teneur en matières minérales augmente. D'après Brubacher, 100 grammes de tissu compact du fémur ont la composition suivante (1) :

	Eau	Cendres
Fœtus de 7 mois	36 gr. 6	39 gr.
Enfant de 4 ans	25 gr. 5	47 gr. 2

Somme toute, la *solidité des os* est très faible pendant la petite et la moyenne enfances ; elle augmente, mais reste faible pendant la grande enfance et la période de puberté; elle devient de plus en plus grande pendant la jeunesse et se rapproche progressivement de celle qu'elle aura à l'âge adulte.

Les *os des filles* restent plus grêles et moins solides que ceux des garçons. Leur squelette et plus léger. Les insertions musculaires, les apophyses, les tubercules sont moins marqués.

Colonne vertébrale. — Elle est formée par les vertèbres séparées par les disques intervertébraux.

Vertèbres. — *A la naissance*, la vertèbre est en grande partie cartilagineuse. *Pendant l'enfance*, elle s'ossifie progressivement par un processus assez complexe. *A partir de 7 ans*, l'ossification est déjà importante, mais l'activité proliférative du cartilage se poursuit et augmente après l'éclosion de la puberté ; dès lors, la taille s'allonge surtout par le buste (Paul Godin). L'ossification ne s'achève qu'à l'âge adulte.

Disques intervétébraux. — Ils constituent des sortes de coussins élastiques placés entre les corps vertébraux. Le disque est formé de lamelles fibreuses et contient à son centre un *noyau gélatineux*. Celui-ci est blanchâtre et presque transparent chez l'enfant ; il diminue de volume, devient de plus en plus dense, opaque, jaunâtre avec l'âge.

Il convient de retenir tout particulièrement l'activité d'accroissement de la colonne vertébrale après l'éclosion de la puberté et durant la jeunesse.

C'est la période où des déformations se produisent facilement. Il convient d'en tenir compte pour les modalités de l'exercice à cette période de l'existence.

Articulations. — Un des caractères pendant l'enfance et la jeunesse est leur souplesse et leur laxité ; celle-ci diminue pendant la jeunesse chez le garçon, mais persiste chez la fille. L'exercice doit éviter de l'exagérer.

(1) Cité par Léon et Raymond Dieulafé. *L'enfant. Morphologie. Evolution. Anatomie médico-chirurgicale.* J.-B. Baillière et fils, Paris, 1933, p. 149.

Élasticité (1). — L'élasticité est la propriété qu'ont les tissus, après avoir subi une déformation, de reprendre leur forme antérieure. On l'attribue à une substance particulière, l'*élastine*, qui constitue le tissu élastique proprement dit (fibres, fibrilles, lamelles) et semble entrer dans la composition des muscles, des ligaments, de la paroi des vaisseaux sanguins, etc.).

L'élasticité est favorable à l'exercice. Elle est particulièrement grande chez les enfants. « Tout est souple à cette période de la vie, écrit Paul Godin, la chair, les articulations et jusqu'aux os ».

Chez le *garçon*, l'élasticité diminue à la fin de la puberté. Chez la *fille*, par contre, la puberté n'entraîne « qu'une modification insignifiante de l'élasticité, dont la quantité et la qualité restent les mêmes, à peu de chose près, que ce qu'elles étaient chez la petite fille » (Paul Godin).

Paul Godin pense que la diminution de l'élasticité est liée à l'involution du thymus et que la fonction ovarienne la stabilise.

B. *ROLE DE L'ORGANISME, DE CERTAINS APPAREILS ET ORGANES, DU MILIEU EXTERIEUR.*

Les systèmes nerveux, musculaire, ostéro-articulaire jouent le rôle essentiel dans l'exercice. Mais leur accroissement, leur constitution, leur fonctionnement sont conditionnés, dans une large mesure par l'état de l'organisme, en général, de divers appareils et organes, en particulier.

Sans entrer dans le détail des faits, il faut, pour que l'exercice s'effectue dans les conditions les meilleures que les enfants et les jeunes gens jouissent de la santé.

« La santé (2) est l'état de l'organisme dans lequel les fonctions s'exercent d'une façon régulière et harmonieuse. Cette modalité du fonctionnement est conditionnée par une complexion normale des appareils, des organes, des tissus, des humeurs. Elle l'est, en outre, par ce *quid ignotum* que chacun reçoit de ses ascendants au moment de la fusion du spermatozoïde et de l'ovule et qu'on appelle activité vitale ».

Sans la santé, l'exercice est difficile, pénible, imparfait.

Interviennent encore l'alimentation et le milieu extérieur.

L'*alimentation* doit être forte et comprendre, notamment, une ration élevée de *glucides*, car le muscle qui se contracte en est un grand consommateur.

Le milieu extérieur tantôt favorise, tantôt contrarie l'exercice.

Un temps frais et sec rend l'exercice aisé ; un temps chaud, orageux, humide le rend pénible. Un exercice facile dans la plaine ou à une altitude modérée est beaucoup moins aisé à une altitude élevée.

L'influence de la *grande ville* (3) rend beaucoup d'enfants et de jeunes gens inaptes à un exercice, tandis qu'ils s'y livrent volontiers à la campagne, à la mer ou à la montagne. *(A suivre.)*

(1) Paul Godin. *Le tissu élastique. Son importance clinique.* Robert Maloine, Paris, 1928.

(2) P. Nobécourt. La santé et ses manifestations extérieures chez l'enfant. *Gazette des Hôpitaux*, 15 janvier 1936.

(3) P. Nobécourt. L'influence de la grande ville sur la santé des enfants. *Gazette des Hôpitaux*, 12 mai 1937.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1939

M. le professeur Hartmann, président, prononce l'éloge nécrologique du professeur Legueu.

A propos de l'amputation de Syme et de la ténotomie du triceps sural pour empêcher la bascule du moignon. — M. E. Sorrel. — L'amputation de Syme, et ses deux dérivés (l'amputation de Pirogoff et de Pasquier-Le Fort) sont des opérations excellentes ; elles donnent des résultats fonctionnels remarquables et doivent être sans hésitation préférées à toutes les autres amputations ou désarticulations du pied, dès qu'une ablation de métartasiens isolés ou une désarticulation médio-tarsienne n'est plus suffisante.

Mais pour que l'appareillage soit correct, il faut que le moignon ne « tourne » pas ; il est nécessaire pour cela — même dans l'opération de Syme type — de faire une section du tendon d'Achille à la fin de l'opération. C'est un tout petit point de technique — dont l'importance pour la fonction ultérieure est très grande.

Discussion sur la neuro-chirurgie. — La discussion sur la neuro-chirurgie reprend. Il est bien difficile d'en rendre compte, étant donné que les principaux intéressés, MM. de Martel et Vincent ont demandé, avant de répondre, de pouvoir lire à tête reposée le Bulletin. Que les orateurs veuillent donc nous excuser si, parfois, nous trahissons leur pensée. M. Rouvillois s'associe aux sages paroles du professeur Lenormant. Les techniques proposées par M. de Martel sont parfaites lorsque l'armée est au repos ou qu'elle avance. Lorsque ces conditions ne sont pas réalisées, n'y a-t-il donc rien à faire ? Ne pourrait-on soigner dans les ambulances de l'avant certains sujets atteints de blessures nombreuses, ou encore qui ont été relevés tardivement ? Les chirurgiens non spécialisés en neuro-chirurgie pourraient rendre de grands services si M. de Martel et M. Vincent voulaient bien leur donner quelques conseils concernant la taille du volet, les limites de l'excision des parties molles, l'ablation du projectile, etc. Quant aux lobectomies proposées par M. de Martel, M. Rouvillois fait, à leur sujet, les plus expresses réserves.

M. Pierre Duval demande quand, où et comment opérer. *Quand ?* Comment distinguer les cas à opérer immédiatement, en première ligne, ceux où la chirurgie doit être retardée et ceux où elle doit être encore plus tardive. *Comment* opérer ? Ne peut-on recourir, pour nettoyer la plaie, aux lavages à faible pression ? *Où opérer ?* Inutile d'ajouter que les trois questions sont étroitement solidaires.

M. Maurice Chevassu. — Deux faits dominent tous les autres dans la chirurgie de guerre des plaies cranio-cérébrales.

Le premier, c'est qu'il s'agit d'une plaie infectée. Elle doit donc obéir aux règles primordiales de la chirurgie de guerre, qui comporte l'excision du tissu infecté autant qu'elle est possible.

Le deuxième, c'est que l'opération est dans la majorité des cas une opération d'exploration. Elle doit donc baser son action selon les lésions qu'elle rencontre, lésions que la radiographie est loin de permettre toujours de diagnostiquer à l'avance.

Réunissant 1.120 observations provenant des deux ambulances chirurgicales automobiles dont il fut jadis médecin chef, Chevassu dresse la statistique suivante des proportions relatives des divers traumatismes de la région crânienne :

Plaies extérieures au crâne (cuir chevelu) : 468, soit 41,67 %.

Plaies limitées à la table externe : 151, soit 13,52 %.

Plaies totales du crâne : 144, soit 12,81 %.

Plaies de la dure-mère : 34, soit 3 %.

Plaies des centres nerveux : 323, soit 29 %.

Chevassu expose comment, dans les périodes de travail intense des grandes offensives, il avait organisé le contrôle

des plaies du cuir chevelu, dont l'abondance risque d'être une grande cause d'encombrement aux heures de presse.

Il montre que l'excision obligatoire des tissus infectés aboutit nécessairement à la régularisation à la gouge de la plaie cranienne. Il s'élève contre le pessimisme de ceux qui déclare perdu tout traumatisé du cerveau qui ne sera pas opéré dans un centre spécialisé de neuro-chirurgie, et rapporte l'observation de son dernier opéré de 1918 qui est actuellement vivant depuis 21 ans.

En terminant, il insiste sur la fréquence relative des plaies limitées à la table externe, qui représentent dans sa statistique près du quart des plaies cranio-cérébrales. Le traitement de ces plaies-là ne comporte pas autre chose que l'excision de la plaie de la table externe à la fraise de Doyen et la vérification de l'intégrité de la table interne. Il faut éviter à tout prix de faire inutilement des trépanés.

M. Gosset ne peut ne pas être frappé des progrès accomplis par la neuro-chirurgie et fait remarquer fort justement que, ce que demandent les jeunes chirurgiens qui sont au front, ce sont des directives. Comme toujours, il faut distinguer plusieurs groupes de faits. S'agit-il d'un grand traumatisme cérébral, la chirurgie perd ses droits. Pour les autres, on peut d'autant plus aisément les transporter que, dans les premières heures, ils sont très peu touchés. On les amènera donc dans un endroit où ils soient au calme, soignés par des chirurgiens compétents, et laissés le temps suffisant.

Avant l'opération, on pratiquera une radio du crâne de face et de profil.

La préparation locale sera longue et minutieuse. Une fois la lésion bien sous le regard, on résistera à toute tentation d'élargir la brèche osseuse. On évitera la trépanation à la gouge. On enlèvera les esquilles. Si la dure-mère est intacte, on ne l'ouvrira que si on a de bonnes raisons de penser qu'il existe un hématome sous-dure-mérien. Existe-t-il une plaie du cerveau, on se gardera bien de faire une incision cruciale. Si le cerveau a tendance à expulser ses débris, lavages au sérum tiède, sous faible pression. On enlèvera le corps étranger. Pour le drainage, cela dépend des cas.

La collaboration d'un bactériologiste et peut-être d'un chimiste est très désirable.

M. Robineau a taillé à ciel ouvert tous les crânes qu'il a eus à opérer, mettant le greffon sur un plateau tout le temps de l'opération. Il se loue beaucoup du drainage, qu'il fait systématiquement et qui n'offre aucun danger. Pour la réparation des larges brèches osseuses, il préfère s'adresser aux côtes qu'au fémur.

M. Maisonnet se range aux idées de M. P. Duval et déclare qu'on opère suivant l'heure à laquelle ont été ramassés les blessés dans la première, la deuxième ou la troisième ambulance.

M. Bazy critique les idées de M. Maisonnet. Il a pensé à organiser tout de suite des centres de neuro-chirurgie, loin en arrière du front, situés dans un endroit calme et dotés d'un laboratoire de bactériologie, tous les médecins attachés à ces centres étant des spécialistes. Il fait allusion à l'aviation sanitaire qui servira à évacuer de nombreux blessés.

M. Chevassu lit une note sur la réparation des gants de caoutchouc, qu'il avait réalisé dès 1917, et dans des conditions qui lui avaient valu les éloges de M. Tuffier, M. Sieur rappelle qu'à peu près à la même date, M. Chavasse avait eu la même idée.

Présentation d'appareil de contention extemporanée pour fractures de mâchoire. — M. P. Truffert.

Cet appareil très simple est constitué par deux lames de Parham perforées de 5 en 5 millimètres et munies de crochets.

Ces lames peuvent être fixées soit par des bagues dentaires serrées par de petits écrous, soit par de simples ligatures.

Une traction élastique réalisée à l'aide de crochets permet de rétablir l'articulé dentaire.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE OFFICIEUSE DU 29 SEPTEMBRE 1939

La transfusion de plasma sanguin au lieu du sang total dans les grandes hémorragies. — MM. P. Brodin et F. Saint-Girons.

La guerre ramène l'intérêt du Corps médical sur l'efficacité des transfusions dans le traitement des grandes hémorragies. Aussi, les auteurs croient-ils utiles de résumer les conclusions des recherches qu'ils ont effectuées en 1918 sous la direction du professeur Richet.

La mort par hémorragie n'est pas due à la perte de globules sanguins, mais à la diminution de la masse sanguine. Elle est fatale lorsque cette masse sanguine tombe au-dessous de 25 %.

Le problème de la lutte contre les hémorragies consiste donc à reconstituer la masse sanguine perdue. Or, aucun des sérums artificiels préconisés à ce sujet ne peut remplir ce rôle, car ils ne restent pas en circulation et la survie obtenue à l'aide de leur emploi n'est que temporaire. Ils ont même le grave inconvénient d'empêcher plus tard l'efficacité de la transfusion proprement dite. Seul, l'emploi du sang peut remédier à la perte de la masse sanguine. Les globules ne jouant qu'un rôle accessoire, la transfusion du plasma seul au lieu du sang total paraît aussi efficace et le plasma est, par contre, beaucoup plus facile à conserver que le sang total. Il semble même, d'après les premières recherches faites, que le plasma de cheval et non le sérum qui, lui, est toxique, puisse chez l'homme être employé en injections intraveineuses pour remédier aux conséquences d'une hémorragie importante.

M. Tzanck. — Les recherches que mon ami Brodin a poursuivies en 1918 avec Charles Richet et Saint-Girons sont connues de tous ; elles sont actuellement classiques.

Elles montraient, comme l'avait déjà établi Hayem en 1880, que pour une hémorragie suffisante, le sang, et lui seul, était capable de procurer la survie d'un animal saigné. Cependant, depuis cette époque, toute une série de sérums furent successivement considérés par leurs auteurs comme capables de remplacer la transfusion sanguine : sérum gommé de Bayliss et surtout, plus récemment, sérum polycitraté de Normet. Or, toutes les expérimentations réalisées par les auteurs en vue de démontrer l'efficacité de ces substances s'appuyaient sur les critères requis par Charles Richet, Brodin et Saint-Girons.

Il nous a été donné avec Gosset et Charrier de démontrer, lors de l'avènement du sérum de Normet, que ces critères n'étaient point suffisants.

Nous renverrons sur ce sujet à notre travail de 1930 : « Les bases physiologiques de la transfusion sanguine pour hémorragie où nous montrions qu'il fallait s'y prendre autrement et qu'au-dessous d'un chiffre d'anémie dûment constaté, inférieur à 1.500.000, la transfusion seule était efficace.

Je retiens la très intéressante suggestion de mon ami Brodin, mais avant de la tenir pour valable, je me propose de recommencer toutes mes expériences en remplaçant le sérum de Normet par le plasma de l'animal saigné.

Si, dans ces conditions, la survie est obtenue, alors, mais alors seulement, je pourrai accepter ses conclusions.

Les recherches de mon ami Brodin n'en sont pas moins d'un intérêt majeur. Il est cependant deux points sur lesquels je m'écarte de son interprétation.

1° Lorsqu'il considère qu'avec les divers sérums la survie n'est que momentanée ; elle est au contraire le plus souvent définitive.

Ces sérums qui remplacent la masse sanguine mettant en circulation les globules rouges mis en réserve lors de l'hémorragie dans les viscères par un véritable phénomène de défense.

2° L'inefficacité de la transfusion sanguine après sérum, qui tient non à des effets contraires, mais comme nous l'avons montré avec Gosset et Charrier dans le même travail, au fait que les phénomènes de défense se trouvent contrariés et l'animal vidé de toutes ses réserves sanguines

du fait de l'augmentation par le sérum de la masse sanguine.

Dans une très prochaine séance, dès que j'aurais repris les expérimentations indispensables, je compte pouvoir apporter plus de précision à cette importante question.

Importance de la vaccination préventive chez les sujets prédisposés aux infections respiratoires. — M. P. Brodin.

Les conditions hygiéniques défectueuses imposées par la guerre tant aux mobilisés qu'à la population civile vont sans doute favoriser l'apparition et la dissémination des infections respiratoires ; aussi, les procédés permettant d'atténuer ces infections, la vaccination préventive a été souvent préconisée ; mais si l'efficacité de cette vaccination est maintenant admise dans la lutte contre les grandes infections telles que fièvre typhoïde et diphtérie, dont une première atteinte confère l'immunité, elle est encore très discutée en ce qui concerne les infections respiratoires, liées le plus souvent à l'augmentation de virulence des germes saprophytes dont une première atteinte ne confère pas l'immunité.

Cette vaccination préventive effectuée systématiquement à l'hôpital-hospice des Ménages, chez des sujets en pleine santé, mais prédisposés par des atteintes antérieures a donné des résultats très favorables qui paraissent justifier l'emploi de cette vaccination soit en injections sous-cutanées à doses progressives, soit même par voie buccale, mais à la condition, dans ce dernier cas, d'employer des lysats-vaccins et de répéter fréquemment le traitement préventif.

PRATIQUE MÉDICALE

L'anesthésie endoveineuse

Les travaux si importants de Jentzer, Thalheimer, Schürch, etc., ont montré les excellents résultats obtenus par l'anesthésie endoveineuse au narconumal, dont il est utile de signaler l'intérêt à l'heure actuelle.

La technique est des plus simples : il est indispensable d'administrer au malade, vingt minutes au moins avant l'intervention, une injection sous-cutanée de spasmalgine ou de pantopon afin de diminuer la dose d'anesthésique nécessaire et de supprimer ainsi toute agitation post-opératoire.

Le produit est présenté sous forme de cristaux dans des ampoules qui en contiennent exactement 1 gramme que l'on fait dissoudre extemporanément dans une ampoule de 10 centimètres cubes d'eau bi-distillée stérile. Habituellement, 20 centimètres cubes sont ainsi préparés pour une anesthésie courante et aspirés dans une seringue stérile. On munit celle-ci d'une aiguille à biseau court et de diamètre suffisant pour éviter toute coagulation dans l'aiguille.

L'injection intraveineuse est faite d'ordinaire dans la salle d'opération même, immédiatement avant l'intervention ; cette injection est pratiquée au niveau du pli du coude, du côté opposé à l'opérateur ; elle est poussée très lentement, surtout au début (2 premiers centimètres cubes) : en commençant l'injection du liquide, il faut faire compter le malade à haute voix lentement, un chiffre par seconde : celui-ci cesse de le faire entre 30 et 50 ; il est rare qu'il atteigne 100, alors que la dose injectée varie entre 2 et 4 centimètres cubes. La quantité de 2 centimètres cubes par minute représente la vitesse maxima que l'on doit réaliser chez un individu normal. Chez un vieillard ou chez un individu taré ou schocké, on ira encore plus lentement et on n'hésitera pas à employer des solutions plus diluées, donc plus maniables, par exemple au 1/15 (1 gramme de produit dans 15 centimètres cubes d'eau bi-distillée) ou même au 1/20 (par exemple pour sujet exsangue, grossesse extra-utérine). Il ne faut pas oublier en effet que les doses d'anesthésique ont pu varier de 4 à 20 centimètres cubes suivant le malade et l'on ne peut pas préciser d'avance la dose qui sera utile, car il peut exister des différences très sensibles pour des malades qui paraissent semblables.

Il faut éviter l'introduction de sang dans la seringue, car il y a alors hémolyse provoquée par la solution alcaline du narcotique ; au contraire, dans le sang circulant, la solution alcaline se dilue et se tamponne automatiquement. Pour permettre de recharger la seringue sans enlever l'aiguille, il existe dans le commerce des seringues à rechargement qui sont excessivement pratiques.

Dès que le malade s'endort, il faut surveiller, plutôt que son réflexe oculaire, la dilatation pupillaire et la chute de la mâchoire ; celle-ci s'accompagne souvent d'un peu de cyanose que la propulsion du maxillaire inférieur suffit à corriger. Au besoin, quelques bouffées de CO_2 permettent de revenir à la normale ; mais, et c'est là un point important de technique, il est indispensable de contrôler la respiration et la chute de la mâchoire, tandis que l'anesthésiste continue très lentement son injection intraveineuse.

Ce sont surtout les petites fautes de l'injection intraveineuse (aiguille bouchée, veine traversée) qui amènent à renoncer à celle-ci pour compléter par un anesthésique volatil. Cependant, on a pu obtenir, par l'emploi du narconumal seul, des anesthésies ayant atteint une heure, deux heures et même deux heures et quart en injectant alors 26 et même 30 centimètres cubes, soit 3 grammes de produit (Thalheimer). En général, d'ailleurs, il vaut mieux ne pas dépasser 2 grammes quitte à compléter par un peu de mélange de Schleich.

Pourtant, l'injection continue de sérum artificiel intraveineux dans lequel on introduit l'anesthésique au fur et à mesure des besoins, technique plus compliquée, peut rendre des services au cours des opérations très longues.

D'autre part, de toutes petites doses ont permis des interventions courtes : incisions de panaris, réductions de luxations de l'épaule, etc.

Il faut insister surtout sur la nécessité de donner une dose pour le malade et non suivant l'opération. Cette dose doit être progressive et pourra habituellement atteindre sans aucun inconvénient 20 centimètres cubes, dose qu'il ne faut dépasser qu'avec prudence et quand on a déjà une certaine expérience de l'anesthésique (Jentzer).

Il existe un véritable seuil anesthésique ; dès qu'il est atteint, quelques gouttes supplémentaires de narconumal suffisent dans certains cas pour obtenir la narcose chirurgicale parfaite, puis pour l'entretenir.

La seule précaution est d'éviter toute rapidité brutale d'injection, donc il faut aller très lentement et doser l'anesthésique suivant l'évolution de la narcose, évolution un peu différente pour chaque malade.

Il faut savoir cependant que, dans ces cas exceptionnels, il peut y avoir un incident. Par suite d'une faute de technique, on a observé une thrombose de la veine céphalique au lieu d'injection. Dans d'autres cas, on a signalé un réveil retardé qui a cédé à des injections intraveineuses de sulfate de strychnine ; enfin, quelques cas d'agitation post-opératoire ont pu être vus surtout pendant les périodes de grosse chaleur ; cette agitation a été facilement enrayée par une injection de pantopon.

Etudes radiographiques du poumon tuberculeux ; interprétation de radiographies pulmonaires. Un vol. in-4 de 140 pages avec 205 figures. Prix : 45 fr. Chez Amédée Legrand, éditeur à Paris.

La puberté, étude clinique et physiopathologique, par Guy Laroche, M. Boigey, E. Bompard, A. Desaux, R. Ducroquet, L. de Gennes, A. Hammel, T. Hernando, M. Hirsch, J.-A. Huet, H. Lagrange, E. Layani, P. Le Noir, C. Lian, G. Maranon, E. May, L. Meurs-Blatters, Ch. Richet, H. Simonnet et H. Welti. Un vol. illustré de 349 pages. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938. Prix : 65 fr.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 85-86. — 25-28 OCTOBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

L'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le professeur Pierre NOBÉCOURT (fin).

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Académie de Médecine. — Société médicale des Hôpitaux.

Revue des Thèses.

Notes pour l'Internat.

Diagnostic des compressions médiastinales, par G. LE SUEUR.

Nécrologie

Raymond Glénard. — Marcel Sée.

INFORMATIONS

Clinique médicale (hôpital Saint-Antoine) — Le professeur Maurice Loeper commencera son cours de clinique le jeudi 9 novembre 1939, à 11 heures, à l'amphithéâtre de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (amphithéâtre Hayem) et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Guerre. — M. Mondor, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, est nommé membre titulaire civil du *Comité consultatif de santé* en remplacement de M. le professeur Félix Legueu, décédé.

— Sont réintégrés les officiers de réserve du Service de Santé rayés des cadres :

Région de Paris, avec le grade de médecin commandant : M. Labrousse. Avec le grade de médecin capitaine : M. Truffert. Avec le grade de pharmacien capitaine : M. Lesage.

9e région, avec le grade de médecin capitaine : M. Seigneur.

11e région, avec le grade de médecin commandant : M. Dupérier.

Marine. — M. le médecin de 1re classe de réserve Mazé est promu au grade de médecin principal.

Une ambulance belge Antoine Depage en France. — Nos amis belges ne sont jamais en retard lorsqu'il s'agit de trouver une idée généreuse et ils ont le génie de la réalisation rapide.

Bruxelles Médical nous apprend que « des chirurgiens belges, désireux de témoigner leurs sentiments de gratitude et d'affection aux vaillants soldats français qui se battent pour la survivance de l'honneur et du droit des peuples, ont décidé d'apporter leur concours à la grande nation amie.

Pour concrétiser cette détermination, ils se sont ralliés à l'idée de créer, au front français, une ambulance chirurgicale dont les éléments pourront éventuellement être transportés là où le besoin s'en fera sentir. Ce dispositif comportera de 100 à 150 lits et sera établi selon les conceptions les plus modernes ».

Cette formation chirurgicale portera le nom d'*ambulance Antoine Depage*, en souvenir de l'illustre chirurgien belge qui fit tant pour les blessés à la Panne de 1914 à 1918.

Les frais d'achat de matériel et les frais d'entretien seront entièrement couverts par une souscription belge. Avec quelle joie et quelle gratitude sera accueillie chez nous cette noble initiative !

Une Caisse d'Assistance médicale de guerre. — L'Association générale des médecins de France vient d'adresser aux Bureaux de ses Sociétés départementales la lettre suivantes relatives à la création d'une *Caisse d'Assistance Médicale de guerre* :

« La plupart des nôtres sont aux armées !

La guerre, cause de ruines pour tous, va frapper durement dans leurs intérêts les médecins mobilisés.

« Combien d'entre eux, à leur retour, auront été atteints dans leur clientèle ; quel sera le sort de ceux dont les économies auront été épuisées et qui ne trouveront point dans leur famille l'aide matérielle dont ils auront besoin ?

« Comment ne pas venir au secours de ces infortunes et ne pas tendre une main amie à nos confrères appauvris ?

« Comme pour la guerre 1914-1918, c'est le geste qu'a voulu faire encore l'Association générale, en créant à nouveau une *Caisse d'Assistance Médicale de guerre* pour les

médecins victimes de la guerre et pour leur famille ; c'est le geste auquel nous vous convions, heureux si nous pouvions unir, dans un même élan de confraternité cordiale, tous les membres, sans exception, de notre chère famille médicale.

« Pour remplir utilement notre but, il nous faut des sommes importantes. Nous les attendons des souscriptions individuelles et des souscriptions collectives. *D'ores et déjà, l'Association générale s'est inscrite pour une somme de 20.000 francs.*

« Nous venons donc vous demander, Monsieur le Prérsident, de bien vouloir user de votre haute influence auprès des membres de votre Société, ou, s'ils ne peuvent se réunir, auprès de votre Bureau, pour nous accorder un concours moral qui ne peut manquer de nous être précieux et un concours financier aussi grand que possible.

« Dans l'espoir que vous voudrez bien répondre favorablement à notre demande, je vous prie d'agréer, mon cher collègue, l'assurance de mes sentiments cordialement dévoués et, d'avance, reconnaissants.

Pour le Conseil général de l'Association.

Le secrétaire général : Dr Paul Lutaud.

Prière d'adresser les souscriptions à l'Association générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), compte courant postal : Paris 186-07.

La liaison entre les médecins et chirurgiens mobilisés. — *L'Académie de Chirurgie* a insisté, il y a plusieurs semaines déjà sur le grand intérêt qu'il y a pour nos blessés à établir une liaison scientifique entre les médecins mobilisés et ceux de l'intérieur.

Nous pensons répondre à ce désir en publiant, au fur et à mesure que les renseignements nous parviendront, les adresses de nos confrères mobilisés :

Médecin capitaine Marcel Lance, hôpital complémentaire, 20, rue Poissona, Rouen.

Médecin lieutenant Pierre Lance, équipe chirurgicale mobile 43. S. P. 310. *(A suivre.)*

REVUE DES THÈSES

Sur quelques cas de syphilis fébrile observés dans un service de contagieux

Par M. le Dr Pierre Estève (1)

Cette excellente thèse, inspirée par le professeur A. Lemierre, a été écrite grâce aux documents et aux observations réunis par l'auteur pendant une année passée à la clinique des maladies infectieuses.

La possibilité d'un état fébrile au cours de l'une quelconque des périodes de la syphilis a été bien établie par les observations de Fournier, puis celles des auteurs modernes.

La fièvre peut en effet être observée au cours de la syphilis primaire, contemporaine du chancre, à la période présérologique de la maladie.

D'autre part, au cours de la période secondaire, un état fébrile peut être observé accompagnant ou précédant une poussée éruptive du type le plus variable.

Cette température étant de durée, de type, d'intensité variables.

Il est même possible d'observer une fièvre essentielle isolée, sans autres symptômes associés, d'allure clinique variable et pouvant réaliser la typhose syphilitique de Landouzy.

Enfin, à la période tertiaire, une élévation thermique peut survenir exceptionnellement isolée ; très fréquemment associée au contraire à une détermination viscérale, hépatique surtout.

L'auteur a pu rapporter quelques cas de syphilis fébrile observés dans un service de contagieux, qui avaient posé un diagnostic délicat avec une angine ou avec une fièvre éruptive (roséole ou variole).

Ces quelques cas illustrent bien la relative fréquence de la pyrexie au cours de la syphilis et la multiplicité des diagnostics qu'elle peut soulever.

L'auteur insiste enfin sur l'efficacité remarquable du traitement spécifique contre toutes les manifestations de la maladie et l'intérêt diagnostic qu'il présente.

(1) *Thèse de Paris*, 1939 (imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris-7e).

Nécrologie

Raymond Glénard

Nous apprenons avec une infinie tristesse la mort, survenue le 11 octobre, de Raymond Glénard, interne des hôpitaux de Paris.

Il avait 28 ans. Depuis de longs mois, une maladie implacable le tenait éloigné du service, il la supportait avec stoïcisme sans jamais laisser entendre une plainte, et cependant Raymond Glénard était une nature très sensible il ne se faisait aucune illusion sur son état, mais il puisait son courage dans ses croyances et dans le travail. Il ne cessa jamais de collaborer aux travaux de son père, notre collègue Roger Glénard et il promettait d'être digne de l'héritage scientifique de ses deux grands-pères : Franz Glénard et Gilbert Ballet.

Que notre vieil ami Roger Glénard, que Mme Glénard veuillent bien trouver ici l'expression profondément affectueuse de notre sympathie. F. L. S.

Marcel Sée

Après une longue maladie, notre collègue Marcel Sée vient de s'éteindre. Sée appartenait à une illustre famille médicale. Son père Marc-Daniel, fut chirurgien des hôpitaux de Paris ; son oncle, Germain Sée, fut médecin de l'empereur Napoléon III et professeur à la Faculté de Médecine.

Marcel Sée était de la promotion d'internat de 1891, celle de Jean Charcot et de Fernand Bezançon. Il avait été assistant à l'hôpital Saint-Louis, puis médecin de Saint-Lazare. Ses travaux de dermatologie et de vénéréologie étaient estimés. Marcel Sée était un vieil ami que nous regrettons très sincèrement.

— Le Dr Maurice Guillot, ancien interne des hôpitaux de Paris (1897), chirurgien honoraire des hôpitaux du Havre, est décédé à Montivilliers (Seine-Inférieure), le 8 octobre 1939.

— M. Deffarge, docteur en pharmacie, directeur des laboratoires Deffarge, à Bordeaux, est décédé accidentellement le 6 septembre, à Bayonne, à l'âge de 44 ans.

L'EXERCICE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES GENS [1]

I. Ses possibilités et ses objectifs suivant l'âge et le sexe
Son abus et le surmenage physique

Par le professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

(Suite)

III. — EFFETS DE L'EXERCICE

L'exercice a sur l'organisme des effets complexes et variés. Cette complexité et cette variété tiennent à l'intervention de plusieurs facteurs, généralement intriqués et difficiles à dissocier. Ces facteurs peuvent être rangés en trois groupes.

1° *L'exercice lui-même*, avec ses modalités, son intensité, sa durée, sa répétition ;

2° *L'organisme*, plus ou moins apte à l'exercice, du fait de l'âge, du sexe, de l'état de santé, de l'entraînement.

3° L'*hygiène habituelle* du sujet et le *milieu* où l'exercice est exécuté.

On doit distinguer :

1° Les *effets immédiats* qu'entraîne une séance d'exercice ;

2° Les *effets tardifs*, constatés à la fin d'une *période d'exercice*, d'une *cure d'exercice*.

Les effets sont :

A. Les uns, *locaux*, portant sur les *muscles* qui fonctionnent.

B. Les autres, *généraux*, intéressant tout l'organisme (2).

A. *EFFETS LOCAUX.*

Ils portent sur les MUSCLES qui fonctionnent.

La CONTRACTION D'UN MUSCLE s'accompagne d'une augmentation de la *consommation du glucose ;* d'après Charles Richet, celle-ci passe de 75 %, au repos, à 90 %. Cette consommation demande un *apport d'oxygène* et entraîne la *production d'acide carbonique.*

Au début de l'exercice, il y a, dans le sang, une élévation transitoire, pendant trente secondes à deux minutes, du taux de l'acide carbonique, parce que la production de ce gaz dépasse légèrement son taux normal d'exhalation pulmonaire.

La contraction s'accompagne d'une importante dilatation des capillaires et d'une activation de la circulation dans le muscle ; celle-ci est nécessaire pour assurer l'apport de l'oxygène et le départ de l'acide carbonique.

La RÉPÉTITION DE L'EXERCICE entraîne le renouvellement de ces phénomènes. Les fibres musculaires deviennent plus grosses ; le volume et la force du muscle s'accroissent.

Si l'exercice consiste en *mouvements partiels,* porte sur certains muscles ou groupes de muscles, tandis que d'autres groupes musculaires ne sont pas ou sont insuffisamment exercés, ces muscles seuls s'hypertrophient ; il peut en résulter des *dysharmonies morphologiques* ou *fonctionnelles,* susceptibles, pendant l'enfance et la jeunesse, d'entraîner des déformations. De ce fait, les *mouvements de totalité* ou *d'ensemble* sont préférables à cette période de l'existence.

B. *EFFETS GENERAUX.*

a. EFFETS IMMEDIATS.

L'exercice influence tout l'organisme. Ses effets généraux dépendent de son intensité et de sa durée ; ils sont plus grands avec les mouvements de totalité qu'avec les mouvements partiels.

Les premiers effets sont l'accélérateur du *rythme de la respiration* et *de la circulation.*

Les MOUVEMENTS RESPIRATOIRES deviennent plus fréquents et plus brefs.

Si *l'exercice est modéré,* l'accélération est légère ; elle disparaît rapidement après sa terminaison.

Si *l'exercice est intense,* l'accélération est forte ; la respiration devient de plus en plus rapide et courte ; du fait de la brièveté de l'inspiration, il ne pénètre que peu d'air dans les poumons ; l'*anhélation,* l'*essouflement* apparaissent avec leur cortège de gêne, de malaise, d'agitation. Après la cessation de l'exercice, la respiration revient lentement au rythme antérieur.

Le RYTHME CARDIAQUE se comporte de façon analogue. Les battements du cœur et le pouls s'accélèrent. L'accélération commence dès le début de l'exercice ; elle persiste pendant toute sa durée et demeure plus ou moins lentement après sa cessation. Pour un même sujet, la tachycardie est plus ou moins forte et persistante, suivant les modalités de l'exercice. Un exercice trop intense ou trop long peut entraîner une tachycardie extrême et une insuffisance du ventricule droit, un surmenage aigu du cœur.

L'accélération de la respiration et du cœur ont un *caractère individuel ;* des enfants ou des jeunes gens de même âge, pour un même exercice se comportent de façons différentes (1).

L'accélération de la respiration et du cœur, au début de l'exercice, est la conséquence de l'excitation des centres bulbaires et protubérantiels par l'excès d'acide carbonique produit par les contractions musculaires. Leur persistance relève de facteurs complexes.

---

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 83-84.

(2) Maurice Boigey. *Loc. cit.* — *La cure d'exercice aux différents âges de la vie et pour les deux sexes*, 1934. *L'exercice physique pendant la puberté*, in Guy Laroche. *La puberté. Etude clinique et physiopathologique*, 1938. Masson et Cie.

(1) Roland Narfin (contribution à l'étude des modifications du rythme cardiaque pendant l'effort sportif. *Thèse de Paris*, 1939), chez les soldats, moniteurs et élèves de l'Ecole supérieure d'Education physique de Joinville, a fait les constatations suivantes immédiatement après une course de vitesse de 280 mètres : 1° les cœurs les plus lents au repos (54 à 66 battements par minute) s'accélèrent le plus à l'effort et reviennent le plus rapidement au calme ; 2° les cœurs les plus rapides au repos (76 à 90) s'accélèrent peu et reviennent lentement au calme.

Le renouvellement de l'exercice, pendant une période plus ou moins longue, s'il est adapté aux possibilités de l'enfant, fait que l'accélération de la respiration et de la circulation devient de moins en moins grande avec l'entraînement.

« De mois en mois, écrit Maurice Boigey, on assiste à l'adaptation progressive du cœur et des poumons au travail qu'on leur impose », à une véritable « stabilisation du cœur et des poumons ». Le nombre des respirations et des pulsations après l'exercice (une course de 60 mètres, par exemple) se rapproche de celui constaté au repos.

L'accélération de la respiration et de la circulation entraîne une activation des échanges respiratoires au niveau des poumons et des combustions dans tout l'organisme.

Accroissement des échanges respiratoires. — En mesurant la quantité d'oxygène retenu et la quantité d'acide carbonique exhalé. Maurice Boigey a constaté que les échanges respiratoires se comportent de la façon suivante, les échanges dans le décubitus dorsal étant représentés par le chiffre 1 :

Décubitus dorsal	1
Position assise	1,24
Station debout	1,40
Marche : 2 km. à l'heure	1,87
» 4 km. 500 à l'heure	3,06
» avec un sac pesant le 1/5 du corps	4,21
Après 1/2 heure de jeu de barres ou de jeu de poursuite	6,27

Les variations de l'oxygène absorbé, de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau exhalés sont de même ordre.

Quotient respiratoire. — Le quotient respiratoire $\frac{CO^2}{O}$ permet d'évaluer l'intensité des combustions : celles-ci sont d'autant plus grandes que le coefficient est plus élevé. Maurice Boigey, chez l'enfant, a constaté que le quotient est :

Au repos	0,71 à 0,77
Après une marche de 2 km. 500 en 1/2 heure	voisin de 1
Pendant le jeu de barres	1,02 à 1,17

Augmentation du nombre des globules rouges. — Pendant l'exercice, le nombre des globules rouges par millimètre cube augmente. L'augmentation, qui peut atteindre 250.000 et est très variable, est la conséquence de l'activation de la circulation sanguine qui chasse dans la circulation les hématies emmagasinées dans la rate et les organes hémopoïétiques. Intervient également, quand la sudation est abondante, la concentration du sang.

b. EFFETS TARDIFS.

L'exercice régulièrement renouvelé a des effets divers.

Périmètre thoracique et ampliation respiratoire. — Chez des enfants de 10 à 11 ans, Maurice Boigey a mesuré le *périmètre thoracique* au niveau de l'appendice xiphoïde, en inspiration et en expiration forcées, au début et à la fin d'une période de huit semaines pendant laquelle ils avaient joué chaque jour pendant deux heures. Il a fait les constatations suivantes :

	Inspiration	Expiration	Moyenne	Ampliation
Garçons :				
Avant ...	56 cm. 20	53 cm. 29	54 cm. 74	2 cm. 91
Après ...	58 cm.	51 cm. 11	54 cm. 55	6 cm. 89
Filles :				
Avant ...	51 cm. 17	48 cm. 80	49 cm. 98	2 cm. 37
Après ...	55 cm.	49 cm. 17	52 cm. 08	5 cm. 83

L'ampliation respiratoire augmente d'environ 4 centimètres chez les garçons, de 3 cm. 5 chez les filles. L'amélioration fonctionnelle est nette.

Par contre, le *périmètre thoracique* moyen n'augmente pas chez les garçons, augmente de 2 centimètres chez les filles.

Cette différence entre les sexes tient à ce que, pendant la onzième année, d'après les moyennes que j'ai adoptées, le périmètre thoracique augmente plus chez les filles que chez les garçons ; il passe de 60 à 64 centimètres chez les premières, de 61 à 63 centimètres chez les seconds.

Les mensurations du périmètre thoracique faites sur 100 garçons de 14 ans 1/2 à 18 ans 1/2, 50 faisant de la barre fixe pendant les récréations, 50 s'abstenant, conduisent Paul Godin (1) à conclure : « Il est commun de trouver 8 ou 10 centimètres d'écart à 18 ans entre deux jeunes gens qui présentent un périmètre égal à 14 ans 1/2... Le thorax d'un gymnaste s'accroît plus vite et atteint un élargissement final bien supérieur à celui d'un non-gymnaste. »

Capacité respiratoire ou vitale. — Maurice Boigey l'a mesurée chez des enfants avant et après une période de 22 séances quotidiennes de jeu. Il a trouvé les moyennes suivantes :

	Garçons		Filles	
	Avant	Après	Avant	Après
10e année	0 l. 927	1 l. 208	0 l. 722	1 l. 014
11e année	1 l. 114	1 l. 480	1 l. 060	1 l. 351
12e année	1 l. 187	1 l. 508	1 l. 130	1 l. 406
13e année	1 l. 282	1 l. 700	1 l. 110	1 l. 542

Ces valeurs apprennent que :

1° Avant comme après l'exercice, la capacité respiratoire des garçons est supérieure à celle des filles.

2° L'accroissement de la capacité respiratoire se produit à tous les âges et chez les garçons comme chez les filles ; il est égal dans les deux sexes pendant la dixième année, supérieur chez les garçons pendant les onzième et douzième années, légèrement supérieur chez les filles pendant la neuvième année.

Poids du corps. — Les effets de l'exercice sur le poids du corps sont assez différents suivant les sujets.

Maurice Boigey a pesé « 91 enfants de 9 à 13 ans appartenant aux milieux sociaux les plus divers et ayant pris régulièrement de l'exercice pendant trois mois ou davantage et pendant deux heures chaque jour ». A la fin de la période, le poids par rapport à celui du début, était, pour 100 enfants :

Supérieur de 2 ou 3 kg. chez	26,5
Supérieur de 1 ou 2 kg. chez	17,5
Sans changement chez	18,6
Inférieur chez	37,3

(1) Paul Godin. *La croissance pendant l'âge scolaire. Applications éducatives*, 1913. Delachaux et Niestlé, Neufchâtel. Fischbacher, Paris.

Au total, une augmentation de 1 à 3 kilos a été constatée chez moins de la moitié des enfants (44 %), un poids semblable ou inférieur chez plus de la moitié (55 %).

Divers facteurs peuvent expliquer ces effets discordants.

Favorisent les accroissement du poids une sieste d'une heure après le déjeuner, l'hiver, une bonne alimentation quantitative et qualitative.

Entraînent l'absence d'accroissement ou la perte du poids, l'absence de sieste, la saison chaude, une alimentation défectueuse, une bonne ventilation pulmonaire. « Chez un enfant bien portant et bien nourri, écrit Maurice Boigey, les variations du poids suivent exactement celles du coefficient respiratoire. Lorsque l'aération est copieuse et que la fixation d'oxygène sur les tissus est intense..., l'enfant a tendance à maigrir ». D'où « la nécessité d'accroître fortement les rations alimentaires de tout enfant bien portant soumis à l'exercice, faute de quoi l'enfant dépérira infailliblement ».

La statistique précédente ne me paraît pas démonstrative, car elle englobe des enfants d'âges différents et probablement des garçons et des filles. Or, les accroissements pondéraux ne sont pas les mêmes pour chaque année et, pour une même année, chez les filles et les garçons.

Paul Godin, au contraire, chez les garçons de 14 ans 1/2 à 18 ans, pesés chaque semestre, a constaté une influence appréciable de l'exercice. « Tandis que, chez les non-gymnastes, la majoration totale oscille autour de 14 kilos, elle devient 20, 25, 27, 29 kilos pour les gymnastes... Le gymnaste atteint presque toujours à 18 ans un poids supérieur à celui du non-gymnaste... La gymnastique aux appareils accroît la densité des tissus, le poids du corps des adolescents de 14 ans 1/2 à 18 ans ».

Croissance staturale. — L'influence de l'exercice sur la croissance staturale est bien difficile à établir.

Il est généralement admis qu'il favorise l'accroissement en épaisseur et en volume, mais non l'accroissement en hauteur.

Paul Godin, d'après les observations des garçons de 14 ans 1/2 à 18 ans, dont il est question ci-dessus, conclue prudemment : « La gymnastique aux appareils n'empêche pas de grandir. Il est même probable que l'allongement de la taille chez les gymnastes est plus accentué que chez les non-gymnastes ».

D'après les moyennes, des garçons, qui mesuraient 142 centimètres au départ, avaient des tailles de 163 centimètres, s'ils avaient fait de la gymnastique ; de 160 centimètres s'ils s'étaient abstenus. Mais les exceptions sont nombreuses : Godin cite 2 garçons partis de 143 centimètres, qui mesurent à 18 ans : le gymnaste 164 cm. 5, le non-gymnaste 164 centimètres.

D'après Maurice Boigey, l'exercice est « favorable à une marche régulière de la croissance » ; mais une gymnastique prématurée, entraînant une hypertrophie des muscles, s'oppose « par le jeu de leur tonicité propre trop accrue » à l'allongement de la taille. Les « petits prodiges d'athlétisme » ont leur croissance staturale prématurément arrêtée ; « ils deviendront des courtauds taillés en largeur, sans grâce et sans sveltesse ».

On sait, d'ailleurs, que les animaux privés d'exercice et tenus à l'abri de la lumière ne tardent pas à s'allonger ; leur taille dépasse pendant quelque temps celle des témoins.

Il serait étonnant que l'exercice stimule d'une façon appréciable la croissance staturale. On sait, en effet, que, les faits pathologiques mis à part, la croissance staturale est subordonnée à une *activité de croissance*, que chacun reçoit en naissant, et qui dépend de la race et de l'hérédité.

Fonctions organiques diverses. — En activant la respiration, la circulation, les échanges respiratoires, l'exercice améliore les grandes fonctions de l'organisme.

Les *fonctions digestives* sont stimulées. Le foie, les glandes et la musculature du tube digestif fonctionnent plus activement ; l'appétit s'améliore. L'exercice intervient, en outre, sur le tube digestif en développant, quand il est réglé dans cette intention, l'action des muscles de la paroi abdominale.

Peu à peu, l'augmentation du nombre des globules rouges constatée au cours de l'exercice, devient permanente par suite de l'amélioration des *fonctions hématopoïétiques*. Le *teint se colore*.

La nutrition générale est stimulée. Les *éliminations rénales* augmentent.

Système nerveux. — L'influence de l'exercice sur le système nerveux est complexe.

L'exercice joue un grand rôle dans l'*acquisition des connaissances relatives au milieu extérieur*. « Pour apprendre à penser, écrit Jean-Jacques Rousseau, il faut exercer nos membres, nos sens, nos organes, qui sont les instruments de notre intelligence. » Nous avons vu l'importance de l'exercice dans la petite enfance ; le développement intellectuel du bébé abandonné dans son berceau, qui n'exerce pas ses muscles est en retard sur celui qu'on encourage à l'exercice ; il ne faut pas se hâter de considérer le premier comme un véritable arriéré mental.

L'exercice *favorise le développement des centres moteurs de l'écorce cérébrale*, de même que le travail intellectuel favorise celui des centres qui président à la pensée. Son effet se fait également sentir sur ces derniers, car il active la circulation et la nutrition du cerveau dans son ensemble.

Il contribue à développer la *mémoire*, car, suivant Th. Ribot (1), les modifications des éléments nerveux, « résultant de l'impression première, ne sont pas conservées dans une matière inerte ; elles sont déposées dans une matière vivante et la base de la mémoire est la nutrition, c'est-à-dire le processus vital par excellence ».

Il contribue à développer la faculté d'*attention*, qui demande la participation des forces nerveuses et musculaires, la faculté de *coordination*.

Il rend plus facile le *travail intellectuel*.

(1) Th. Ribot. *Les maladies de la mémoire*. Félix Alcan, Paris, 1889.

Il contribue à former le *caractère*, la volonté, l'esprit de décision.

Enfin, c'est par l'intermédiaire du système nerveux que l'exercice développe l'*automatisme*, la correction du *travail musculaire*.

Habitus général du corps. — La morphologie, le maintien, l'aisance, la souplesse, la rapidité des mouvements, la vigueur distinguent les enfants et les jeunes gens accoutumés à l'exercice de ceux qui restent sédentaires.

Du temps de ma jeunesse, on appelait *cagnards* les élèves qui préparaient le concours d'admission à l'*Ecole normale supérieure*. Cagnard signifie : qui n'aime pas à bouger. Ces élèves méprisaient l'exercice. Aujourd'hui, ce mépris n'est plus de mode ; nombreux sont les normaliens qui font de l'exercice ; en tant que médecin de l'Ecole, j'ai pu assister à cette transformation de la mentalité depuis une quinzaine d'années.

L'importance des effets de l'exercice justifie le rôle qu'on doit lui réserver dans l'éducation de l'enfance et de la jeunesse. Il est le meilleur moyen de combattre les *effets nuisibles de la sédentarité* et du travail *intellectuel*, qu'entraînent les études. Il correspond d'ailleurs à un besoin naturel de l'organisme.

IV. — LE BESOIN D'EXERCICE DANS L'ENFANCE ET LA JEUNESSE L'EXERCICE SUIVANT L'AGE ET LE SEXE

L'accroissement sans arrêt du corps jusqu'au début de l'âge adulte, les grandes transformations de l'organisme pendant la période de croissance staturale et, en particulier, à la puberté, témoignent de l'*activité nutritive des cellules jeunes* qui augmentent de volume et se multiplient. Cette activité nécessite une forte consommation d'oxygène et de substances diverses ; une respiration et une circulation actives sont, par suite, indispensables.

Or, l'*immobilité* ralentit la respiration et la circulation, réduit les échanges respiratoires et l'apport au contact des cellules de l'oxygène et des substances nutritives ; elle réduit, également, le départ des matières usées qui encombrent les tissus.

L'*exercice*, par contre, favorise ces phénomènes. L'enfant le pratique instinctivement et, s'il ne peut s'y livrer, il en perd peu à peu le goût, au détriment de sa santé.

Le *besoin d'exercice est dans la nature de l'enfant. L'immobilité est contre nature. Favoriser l'exercice* pendant la période de croissance staturale est un des principes essentiels de l'hygiène et de l'éducation des enfants et des jeunes gens (1).

L'exercice doit être en rapport avec la possibilité de l'organisme. — Il doit donc varier dans ses modalités suivant l'*âge* et le *sexe*.

(1) P. Nobécourt. Réflexions d'un médecin sur les méthodes actuelles d'enseignement et sur le surmenage scolaire. *Bulletin bimestriel de l'Union nationale des membres de l'enseignement public*, janvier 1929. — Médecine et éducation. *Revue internationale de l'enfant*, janvier 1929. — Médecine et éducation. I. Le rôle du médecin dans l'élaboration des méthodes d'éducation. *Gazette des Hôpitaux*, 1er février 1939.

La petite enfance est la période d'apprentissage de l'exercice. Cet apprentissage se fait tout naturellement avec l'aide et les encouragements de l'entourage.

Pendant la moyenne et la grande enfances et pendant la période pubérale, les os des membres s'accroissent en longueur, les muscles sont grêles ; du fait de l'activité de la nutrition nécessitée par l'accroissement, l'organisme est en équilibre instable ; les impressions et les réactions sont vives et fugaces, l'attention est difficile à fixer et à soutenir, la résistance faible, la fatigabilité rapide.

Il faut éviter l'exercice de force, l'exercice de longue durée, utiliser les modalités de l'exercice qui mettent en jeu l'ensemble des muscles pour activer les fonctions respiratoire et circulatoire et, par leur intermédiaire, toutes les fonctions de l'organisme, pour favoriser un développement harmonieux du corps.

L'exercice peut être vif, mais bref ; il doit être varié, pour éviter la monotonie. Il ne faut pas craindre un certain effort et un peu de fatigue, pourvu qu'elle se répare rapidement.

Pendant la jeunesse, les conditions sont différentes de ce qu'elles étaient pendant les périodes précédentes. Elles sont, en outre, différentes pour les *garçons* et pour les *filles*, car la puberté achève la différenciation entre les sexes.

Dans les deux sexes, l'accroissement se ralentit, les activités cellulaires, l'assimilation et la désassimilation, tendent vers l'équilibre. Par suite, le besoin d'exercice devient moins impérieux, l'excitabilité psycho-motrice diminue, la fatigabilité est moindre, la résistance et la force augmentent.

L'instabilité fait place à la stabilité ; la force de direction, la faculté d'attention, la volonté, la persévérance se perfectionnent.

Chez le *garçon*, les os s'épaississent et deviennent plus résistants, les muscles grossissent et deviennent plus forts, la vigueur se développe. L'exercice peut donc avoir, comme objectif nouveau, le développement de la force musculaire et le travail de fond. On peut, chez certains jeunes gens, particulièrement doués, envisager une spécialisation athlétique par l'exercice méthodiquement gradué. Mais jusqu'à 18 ou 19 ans, âges auxquels la croissance staturale est devenue très faible, où l'ossification des vertèbres est très avancée, il faut imposer la prudence et la réserve.

La *fille* reste plus gracile que le garçon ; ses os et ses muscles n'acquièrent pas un volume et une force aussi grands. Cette particularité, d'après Léon MacAuliffe, peut tenir, pour une part, à l'hérédité, la femme menant depuis toujours une existence moins active que l'homme. Mais elle est surtout un caractère sexuel ; elle se retrouve, écrit Manouvrier, chez les paysannes qui travaillent la terre, chez les femmes sauvages adonnés aux travaux les plus durs, et enfin chez les femelles des mammifères.

L'exercice ne doit pas avoir pour but de développer la force des filles ; il doit surtout leur procurer l'agilité, la souplesse, l'équilibre des fonctions ; c'est une erreur physiologique de vouloir faire des femmes athlètes. Il faut encore se méfier des exercices qui

pourraient exagérer la laxité, déjà grande, des articulations.

Il ne faut pas oublier que le rôle essentiel de la femme est la maternité. L'exercice doit donc favoriser d'une façon particulière le développement des muscles de l'abdomen et du bassin.

Somme toute, l'exercice est indispensable aux enfants et aux jeunes gens, aux filles comme aux garçons. Il doit être réglé suivant les possibilités de l'organisme, suivant l'âge et le sexe. Il doit avoir comme objectif de favoriser les grandes fonctions de respiration, de circulation, de nutrition, le développement harmonieux du corps et de l'intelligence dans l'ordre de la nature.

En outre, ses modalités doivent tenir compte des *aptitudes individuelles*, très différentes d'un sujet à l'autre. Du point de vue de l'éducation physique comme de l'éducation intellectuelle, « il n'y a que des individus et non pas un être humain idéal; ce sont des individus qui vivent, sentent, pensent, agissent » (1).

Dans l'exercice interviennent non seulement la *constitution physique*, mais encore des ***facteurs psychiques***, dont l'importance est grande.

Ces facteurs sont le *caractère* de celui qui s'y adonne et le *plaisir* qu'il y prend.

Le caractère peut primer la constitution physique.

Paul Godin, à propos des enfants et des jeunes gens de 14 ans 1/2 à 18 ans, dont il a été question ci-dessus, fait remarquer que certains d'entre eux, rebelles à l'exercice, peuvent, sous l'influence d'une cause intercurrente, s'adonner à la gymnastique et même y exceller ; mais leur ardeur disparaît avec cette cause ; « brusquement, ils redeviennent abstentionnistes comme devant ». Il ajoute : « Certains enfants trouvent dans leur caractère l'obstacle que ne leur a pas opposé la constitution ou la complexion qui leur est propre ».

La *volonté*, qui commande l'action des muscles, est indispensable pour que l'exercice soit exécuté avec l'énergie qui seule le rend utile. Un même exercice exécuté par un enfant apathique et par un enfant énergique ne produit que chez ce dernier des effets bienfaisants. Pour l'éducation physique comme pour l'éducation intellectuelle, ne travaille avec fruit que l'enfant qui veut bien travailler.

Le plaisir procuré par l'exercice est également indispensable. Bien des auteurs insistent sur ce point. « L'exercice est excellent, écrit Maurice Boigey, à une condition, c'est qu'il soit attrayant... Un exercice n'est vraiment hygiénique que lorsque l'homme ou l'enfant y prend de la joie. Il n'est pas de meilleur tonique que le plaisir... le plaisir agit en jouant le rôle d'un excitant qui provoque le dégagement d'une énergie latente emprisonnée dans les centres nerveux et dont l'organisme n'a point, d'ordinaire, la libre disposition ».

Il en est d'ailleurs de même, peut-on ajouter, pour le travail intellectuel.

(1) Pierre Nobécourt. Médecine et éducation. II. Le rôle du médecin vis-à-vis des enfants et des jeunes gens en tant qu'individualités. *Gazette des Hôpitaux*, 8 février 1939.

V. — L'ABUS DE L'EXERCICE, LE SURMENAGE PHYSIQUE

L'exercice a une influence heureuse sur les fonctions de l'organisme et la santé à la condition qu'il soit proportionné aux possibilités de celui qui s'y adonne. Sinon, il peut entraîner des troubles dont l'ensemble constitue le *surmenage physique*.

P.-H. Nysten et E. Littré (1) définissent le *surmenage* : « Etat du bœuf ou du cheval surmené et action de surmener un animal. On dit d'un animal qu'il est *surmené* lorsqu'on l'a rendu malade par un exercice trop prolongé, comme une marche ou une course forcée ».

Le mot *surmenage* a donc une double acception :

1° Etat d'un sujet rendu malade par l'exercice ;

2° Action de surmener.

C'est dans la première qu'il est employé ici.

Il ne faut pas confondre surmenage et *fatigue*.

Comme je l'ai écrit avec Georges Schreiber (2) : « *Surmenage* et *fatigue* ne sont pas synonymes. Celle-ci est la conséquence naturelle de tout effort ; il ne faut pas la craindre, mais s'efforcer d'y accoutumer l'enfant. Celui-là, au contraire, est un état anormal, pathologique, durable, difficile à combattre et qu'il faut éviter. « Une fatigue normale, écrivent Binet et Henri, est celle qui se répare d'elle-même, sans qu'on y songe ; ...au contraire, il y a surmenage toutes les fois que la fatigue qu'on éprouve exige pour sa réparation des conditions exceptionnelles ».

Cette définition s'applique aussi bien au surmenage intellectuel qu'au surmenage physique.

La cause du surmenage peut être soit un exercice trop violent ou trop prolongé, soit un exercice renouvelé pendant une période plus ou moins longue. La première modalité entraîne le *surmenage aigu*, la seconde le *surmenage chronique*.

SURMENAGE AIGU. — Il se traduit, suivant les cas, par un *syndrome toxique* ou *infectieux*, un *syndrome cardiaque*, un *syndrome articulaire*. On peut décrire, en outre, *un syndrome fruste*.

Syndrome toxique ou infectieux. — Trois à six heures après l'exercice apparaît de la *fièvre*. Elle débute brusquement ; parfois légère, elle est généralement forte. Elle peut être transitoire ou durer trois ou quatre jours. En même temps, il y a de l'*anorexie*, souvent de la *diarrhée*, des *frissons*, de l'*insomnie*.

Maurice Boigey cite l'exemple suivant. Plusieurs groupes formés de garçons de 7 à 15 ans partent de points différents pour gagner le lieu de concentration. Les petits s'efforcent de suivre les grands et y parviennent ; mais plusieurs, de retour à la maison, présentent de la fièvre de surmenage.

Syndrome cardiaque. — Il s'observe surtout pendant la période de puberté et la jeunesse.

On le voit apparaître, par exemple, à la fin d'une course rapide chez des sujets non entraînés.

(1) *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*, de P.-H. Nysten. 11e édition, par E. Littré et Ch. Robin. J.-B. Baillière et fils, Paris, 1858.

(2) P. Nobécourt et G. Schreiber. *Hygiène sociale de l'enfance*. Masson et Cie, Paris, 1921.

D'après Maurice Boigey : « En douze ou treize secondes, une course de 100 mètres porte le nombre des pulsations de 70 à 160 et 180. Pendant les vingt dernières secondes du parcours, dans une course de 400 mètres, le cœur peut battre au rythme de 220 pulsations à la minute, c'est-à-dire que le pouls est pratiquement incomptable ». Une *insuffisance aiguë du cœur droit* peut se manifester : dilatation du ventricule droit, souffle systolique, énorme au foyer triuspidien témoignant de la dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire.

J'ai vu à l'hôpital des Enfants-Assistés un grand garçon qui s'était sauvé d'une agence de province et, après quelques jours de marche forcée, était arrivé en pleine asystolie (1).

J'ai cité, en même temps que l'observation de cet enfant, les faits relatés par Clide-Rivière, en 1909 : 40 garçons de 7 à 14 ans font à pied une excursion fatigante d'une semaine ; dix jours après le retour, 20 d'entre eux présentent une dilatation cardiaque manifeste, qui persiste, chez 10, au bout de six semaines.

Le mécanisme des troubles cardiaques est le suivant. Du fait de la tachycardie, la diastole est trop brève pour que le ventricule ait le temps de se remplir. L'ondée systolique devient de plus en plus faible et la pression baisse dans les artères, tandis qu'elle augmente dans la circulation pulmonaire, le cœur droit et les grosses veines afférentes.

Le cœur des jeunes sujets étant doué d'une grande élasticité, se laisse facilement dilater. Par le repos, il peut revenir rapidement sur lui-même. Mais le cœur peut, surtout après plusieurs accidents de ce genre, rester définitivement forcé.

Syndrome articulaire. — A la suite d'un exercice trop vif ou trop répété, surviennent parfois (Maurice Boigey) « des tiraillements, une sensation de pesanteur et des douleurs vagues dans les articulations, surtout dans celles des genoux et des épaules » qui peuvent s'accompagner d'une fièvre modérée, d'insomnie, d'anorexie.

Ces symptômes durent deux ou trois jours ; ils laissent une grande lassitude, qui disparaît au bout de quelques heures ou de quelques jours. Ils sont dus à des poussées congestives dans la région juxta-articulaire.

Syndrome fruste. — Il réalise une forme intermédiaire entre la fatigue et le surmenage.

Par exemple, l'exercice peut entraîner une *diminution de l'attention*. En utilisant le test de Toulouse-Piéron, Laufer a fait, chez des garçons de 10 ans 1/2 à 13 ans 1/2, élèves des écoles primaires de Paris, après une séance de gymnastique durant une heure avec deux arrêts de cinq minutes, les constatations suivantes : sur 100 élèves, 12 seulement ne présentent pas de diminution appréciable de l'attention ; 88 présentent une diminution allant de 19 % à 39 % ; chez la plupart, l'attention ne reprend son niveau antérieur que le lendemain matin.

SURMENAGE CHRONIQUE. — Il se traduit par la *stagnation du poids*, puis par *l'amaigrissement*, la pâleur, l'*anémie* ; d'après Maurice Boigey, il entraînerait l'arrêt de la croissance staturale.

ETIOLOGIE DU SURMENAGE. — L'étiologie du surmenage physique est complexe.

Intervient, d'une part, l'exercice lui-même, par sa modalité, son intensité, sa durée, l'effort qu'il nécessite.

Intervient, d'autre part, l'organisme dont les possibilités diffèrent suivant l'*âge*, le *sexe*, les *individus*, le degré *d'entraînement*.

Interviennent enfin les facteurs hygiéniques et le milieu extérieur : alimentation, température, état atmosphérique.

J'ai suffisamment insisté sur l'importance de ces divers facteurs pour ne pas y revenir.

VI. — CONCLUSIONS

L'exercice, indispensable pendant toute l'existence, est particulièrement nécessaire pendant l'enfance et la jeunesse. Le fonctionnement des muscles, en effet, stimule la respiration et la circulation et, par suite, tout l'organisme ; ce sont là les conditions d'un accroissement régulier et harmonieux du corps, des appareils, des tissus, des organes, de la santé et de l'activité. Le besoin d'exercice est dans la nature des enfants et des jeunes gens.

A chaque âge, l'exercice est subordonné aux possibilités de l'organisme, qui dépendent elles-mêmes de l'état de développement du système nerveux, des muscles, du squelette et de tous les organes.

Jusqu'à l'achèvement de la puberté et aux première années de la jeunesse, l'exercice a surtout pour objet le développement des grandes fonctions de l'organisme ; pendant la jeunesse il vise, en outre, l'accroissement de la force musculaire, chez le garçon tout au moins ; la constitution de l'organisme féminin impose des restrictions à cet égard.

Mais, à chaque âge, les individus sont très dissemblables du fait du degré plus ou moins avancé de leur croissance, de leur constitution, de leur tempérament, et, d'une façon générale, de leur santé.

En dehors de tout état pathologique, souvent l'*âge physiologique* ne correspond à l'*âge civil*.

Il faut tenir compte de toutes ces données pour régler les modalités de l'exercice suivant les possibibilités de chacun. En s'y conformant, on évitera les dangers que fait courir l'excès, le surmenage physique aigu ou chronique.

J'exposerai dans un prochain travail les diverses modalités de l'exercice pour les enfants et les jeunes gens (1).

(1) P. Nobécourt. *Cardiopathies de l'enfance*. O. Berthier. Emile Bougault, Paris, 1914. *Neuvième conférence*. L'asystolie chez les enfants, p. 186.

(1) Pierre Nobécourt. L'exercice chez les enfants et les jeunes gens. II. — Ses modalités : exercice usuel, jeux, éducation physique, sports, travaux manuels. (Paraîtra prochainement.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1939

Nouvelle application de la colorimétrie cinétique à l'étude et au dosage des vitamines et provitamines D. — MM. Yves Raoul et Paul Meunier exposent une méthode permettant, d'une part, d'étudier le système des liaisons éthyléniques des stérols, et, d'autre part, de doser ceux de ces composés ayant une action antirachitique.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1939

Allocution de M. Sieur, président. — M. Sieur adresse ses félicitations au secrétaire général, le prof. Ch. Achard, rentré en France, après un long et périlleux voyage. Il lui demande de vouloir bien réserver à la compagnie la primeur du récit de la mission qu'il vient d'accomplir pour le renom de la France. Les applaudissements éclatent. Ils redoublent, quand, en quelques mots heureux, M. Ch. Achard répond à M. Sieur et remercie, en son nom, l'Académie tout entière.

Eloge funèbre d'Harvey Cushing, associé étranger depuis 1929. — M. Sieur.

Vœux. — M. Ch. Achard fait adopter par l'Académie les trois vœux suivants :

1° L'Académie se tient à la disposition du gouvernement pour tout ce qui dépend d'elle et qui concerne la santé publique ;

2° Elle invite la population civile à se faire revacciner.

3° Le Conseil prie MM. les Membres de lui soumettre au préalable les motions qu'ils voudraient présenter en séance publique.

Notice nécrologique sur A. Brault. — M. M. Loeper.

Photographie du relief. — M. le Professeur E. Lemaitre présente un travail de M. Maurice Bonnet sur *la photographie en relief*. Il insiste sur les avantages que cette méthode apporte soit pour l'enseignement, soit pour le contôle des interventions chirurgicales.

Etude sur les enfants qui marchent tardivement. — MM. L. Ribadeau-Dumas, Bourguignon et M. Martrou. — Cette étude faite avec la méthode clinique, la recherche des chronaxies et la formule humorale, permet de reconnaître différentes formes de troubles neurologiques.

On note la fréquence relative de la myotonie dans ses formes frustes et atténuées. Le pronostic est généralement favorable.

Les troubles de la croissance osseuse s'accompagnent de troubles nerveux parallèles. Le syndrome guérit avec de fortes doses de vitamine D.

Restent une série de troubles nerveux avec ou sans rachitisme et que caractérisent des anomalies portant sur le système pyramidal, le système périphérique ou les deux. Ces cas sont particulièrement fâcheux, lorsqu'il y a retard du développement psychique.

On a peu d'action sur les troubles cérébraux avec déficience mentale. L'opothérapie est inactive, sauf dans le cas de myxœdème évident. On retire rarement un bon effet du traitement spécifique. L'ionisation calcique transcérébrale peut donner des améliorations.

Dans tous les cas, il faut agir précocement et intensément.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1939

Eloge funèbre de M. Auguste Pettit, par M. L. Martin, président.

La parenté botanique des drogues entraîne-telle l'analogie de leurs effets pharmaceutiques ? — M. E. Wildeman n'admet pas « l'infaillibilité des leçons de la botanique systématique ». Il croit impossible d'accorder plus de valeur à un caractère chimique qu'à un caractère morphologique et de considérer les espèces d'un même genre comme chimiquement et morphologiquement équivalentes.

Recherches expérimentales sur le trachome. — MM. G. Blanc, R. Pages et L.-A. Martin.

La teinture d'iode dans la désinfection des champs opératoires. — M. Marquis. — Incorporé à l'alcool, l'iode acquiert des propriétés antiseptiques supérieures à celles de l'alcool pur. C'est pour cette raison que la teinture d'iode de l'ancien Codex est supérieure à l'alcool à 95°, et donne d'excellents résultats dans la désinfection des mains, à condition (Walther) qu'elles soient absolument sèches.

M. F. Terrien. — La teinture d'iode est mal supportée par la peau, quand celle-ci est mince et délicate ; ce qui est le cas pour la paupière. Nous utilisons alors un mélange à parties égales de teinture d'iode, d'alcool et de glycérine.

La part de l'anémie dans la rétinite azotémique. — M. H. Lagrange. — L'infiltration rétinienne exsudative, blanche, pulvérulente et purpurique est dans le cadre des lésions habituelles de toutes les anémies graves ; sur ce point, l'anémie azotémique ne fait pas exception à la règle. Il peut arriver que ce soit cette infiltration de la rétine qui dénonce la malignité de ces anémies avant que leurs signes hématologiques soient évidents.

Il faut distinguer des éventuels méfaits de l'hypertension artérielle, les diverses lésions rétiniennes propres aux altérations également diverses de la fonction rénale.

La gangrène gazeuse. Enseignements de la guerre de 1914-1918. — M. Weinberg. — La flore microbienne de la gangrène gazeuse a été établie pendant les recherches poursuivies au cours de la dernière guerre. Des conditions climatériques et l'état physico-chimique du sol peuvent modifier cette flore, où les microbes anaérobies jouent le rôle principal. Il est donc indispensable que chaque formation militaire hospitalière compte au moins un bactériologiste rompu à la technique des microbes anaérobies. M. Weinberg recommande l'organisation de centres d'instruction où les bactériologistes militaires pourraient s'initier à cette technique spéciale.

Il conseille d'utiliser dans le traitement de la gangrène gazeuse, un sérum antigangréneux polyvalent, actif à la fois contre les cinq principaux microbes anaérobies qui causent cette infection. C'est avec ce sérum qu'il a obtenu les meilleurs résultats au cours de la dernière guerre.

Il exprime le vœu qu'on organise soit des hôpitaux spécialisés dans le traitement de la gangrène gazeuse, soit des centres spécialisés annexés aux grandes formations sanitaires. C'est dans ces conditions que les blessés bénéficieraient le plus de la sérothérapie antigangréneuse et que les causes de quelques échecs de la sérothérapie seraient le plus facilement dépistées.

M. H. Vincent rappelle avec raison le rôle prépondérant qu'il a pris dans la découverte et dans la vulgarisation de la sérothérapie antigagréneuse multivalente ; note, dès 1908, à la Société de Biologie, avec des résultats expérimentaux ; application et mise au point, pendant la guerre, de cette méthode, qui a rendu de si grands services à nos blessés, dont l'emploi a pu être généralisé grâce à la bienveillance de MM. Justin Godart et Mourier ; qui lui a valu les félicitations de Joffre et qui a été utilisée avec succès au Maroc, en Syrie, en Cilicie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1939

Le chloroforme et l'association oxygène-chloroforme dans le traitement de l'œdème pulmonaire aigu.

MM. P. Flandin et Poumeau-Delille exposent un résumé de leurs recherches sur l'effet antispasmodique et calmant des inhalations de chloroforme à très faible dose dans l'œdème pulmonaire aigu. Associé aux inhalations d'oxygène, le chloroforme à faible dose permet de surmonter la phase aiguë et facilite la disparition des symptômes dramatiques de l'œdème du poumon.

Hémoptysies provoquées par l'émotion. — MM. Laignel-Lavastine, Chartrain et Mme O. Cachin rapportent deux cas d'hémoptysies survenues les 3 et 4 septembre chez deux tuberculeux pulmonaires à l'occasion de la déclaration de guerre et de la première alerte. Elles s'expliquent par l'instabilité vago-sympathique de beaucoup de tuberculeux pulmonaires et par l'influence de la corticalité cérébrale sur la vaso-motricité.

M. Rist a observé un cas analogue chez une jeune névropathe.

M. F. Bezançon rappelle qu'il y a déjà plusieurs années, avec Jacquelin, dans un article de la *Presse Médicale*, intitulé : *Troubles vaso-moteurs et hémoptysie* ; il a montré l'importance des états émotionnels dans des mécanismes pathogéniques de nombre d'hémopthysiques qui s'accompagnent souvent d'ailleurs, non seulement de troubles vasomoteurs certains, périphériques, mais aussi d'épistasies.

Il rappelle que récemment notre collègue Jacob a montré qu'à l'autopsie de malades ayant succombé à des hémoptysies, le siège de l'hémorragie pulmonaire siégeait souvent à distance de celle-ci et n'était pas en rapport avec les lésions tuberculeuses antérieures.

Deuxième série de recherches sur le chimisme du suc médullaire prélevé par ponction sternale : la glycomyélie chez les anémiques. — MM. R. Benda et J. Nicolas ont noté, pour l'ensemble de leurs anémiques appartenant aux catégories les plus diverses, une tendance générale à l'élévation de la glycomyélie par rapport à la glycémie.

Toutefois, afin d'apprécier à leur juste valeur les modifications éventuelles de la glycomyélie, et conformément à leurs constatations antérieures, il leur paraît indispensable d'effectuer des dosages séparés sur des fractions successives de suc médullaire, les écarts entre le taux du sucre médullaire et celui du sucre sanguin n'étant, en effet, le plus souvent saisissables qu'à partir de la 2e, 3e ou même 4e fraction du prélèvement.

Par ailleurs, la tendance à l'hyperglycomyélie de leurs anémiques, contraste, le plus souvent, avec l'abaissement de la glycémie vers les limites physiologiques inférieures, et même au-dessous de ces limites. Ce type d'hyperglycomyélie relative est donc à distinguer de celui que les auteurs avaient décrit précédemment, à propos des hyperglycémiques et des diabétiques, où glycomyélie et glycémie s'élèvent d'une manière parallèle.

En tout état de cause, ils soulignent que les modifications constatées ne sont nulle part aussi fortement accusées que dans leurs 5 cas d'anémie de Biermer.

Les résultats obtenus pour l'ensemble de leurs anémiques leur paraissent d'autant plus frappants que, chez les sujets normaux, le taux du glucose médullaire reste constamment semblable à lui-même et strictement égal (ou légèrement inférieur) à celui du sucre sanguin, quels que soient le moment du prélèvement ou la fraction considérée.

Si une telle étude ne permet pas encore, à l'heure actuelle, d'aboutir à une classification physico-chimique des anémies, fondée, par exemple, sur les notions d'hyperglycomyélie « active » et d'hyposidéromyélie, elle n'en semble pas moins parfaitement apte à encourager les recherches à entreprendre, dès à présent, dans cette voie.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES COMPRESSIONS MÉDIASTINALES

Il pose en pratique des difficultés souvent sérieuses que la seule clinique est impuissante à résoudre, et qui nécessiteront l'appoint des procédés para-cliniques modernes d'exploration.

Il s'agit en fait d'un double problème :

Problème topographique : Diagnostic du *siège* de la compression, que l'on résout par l'étude attentive des signes fonctionnels et des manifestations objectives présentées par le malade.

Problème étiologique : Diagnostic de la *cause* de la compression, pour lequel un examen somatique général est indispensable.

I. — Diagnostic de la compression et de son siège

Ce sont des troubles très variés qui amènent le malade à consulter, et c'est l'*association* de certains d'entre eux qui fait penser à la possibilité d'une compression médiastinale.

I. Signes fonctionnels.

Des douleurs sont parmi les premiers signes qui inquiètent le malade, surtout par leur caractère tenace et rebelle aux anti-nervins habituels :

— Douleurs intercostales du type névralgique;

— Douleurs profondes, pouvant simuler par leur caractère constrictif un accès angineux;

— Douleurs du type phrénique, avec crises de hoquet.

Des modifications de la voix, très variables d'ailleurs : Voilée et éteinte ou rauque et bitonale.

Des modifications de la toux, qui devient progressivement :

— Rauque et aboyante;

— Ou quinteuse avec accès d'allure coqueluchoïde;

— Ou, comme chez l'enfant, franchement bitonale.

De la gêne respiratoire dont les degrés sont divers, depuis le simple essoufflement à l'effort jusqu'à la dyspnée franche, continue, avec tirage et cornage.

Il faut savoir attribuer toute leur valeur à des accès de *dyspnée paroxystique*, d'allure asthmatiforme comme aux accès de *spasmes glotiques* survenant brutalement et suivis de phénomènes asphyxiques.

De la dysphagie enfin, du type œsophagien, avec sensation d'arrêt au milieu de l'œsophage,

Soit non douloureuse,

Soit avec sensation pénible de contriction thoracique.

Tous ces signes variés traduisent l'atteinte des organes majeurs du médiastin, mais il faut savoir que, *au début*,

1° Ils sont très *réduits*, et c'est par un interrogatoire minutieux qu'on cherche à préciser l'existence des autres.

2° Surtout ils sont *intermittents* le plus souvent.

Aussi ne faut-il pas tarder, quand toute cause locale, extramédiastinale, a pu être éliminée qui puisse les expliquer, à faire pratiquer tous examens para-cliniques indispensables.

— Néanmoins devant l'un quelconque de ces signes, l'examen clinique thoracique devra rechercher les

II. Signes physiques habituels des compressions médiastinales.

1° Il est rare de constater une *voussure* thoracique nette, même à l'inspection à jour frisant.

2° Il est rare également de constater le classique *œdème en pèlerine*, de la partie supérieure du thorax, débordant sur les épaules et la base du cou, ou la volumineuse *circu-*

lation veineuse collatérale avec *cyanose* intense de la face.

Mais un examen systématique devra rechercher :

— *Quelques dilatations veineuses bien localisées*

— Et même de *simples varicosités liminales* baso-thoraciques

— De la *cyanose légère* des lèvres,

— Un *œdème localisé* — soit œdème de la région thoracique supérieure en cas de gêne dans la circulation cave supérieure — soit œdème des membres inférieurs avec légère ascite quand la circulation cave inférieure est troublée.

3° *Il faudra :* Etudier les mouvements du larynx et rechercher les signes classiques de Boinet et d'Oliver (latéro-torsion et inféro-traction du larynx synchrones aux pulsations).

— Rechercher le signe classique de Cl. Bernard-Horner et, surtout,

4° *Rechercher les signes auscultatoires.*

Avant tout : le *syndrome de compression d'une bronche souche;*

— Abolition des vibrations vocales dans toute la hauteur d'un hémithorax;

— Sonorité normale;

— Silence respiratoire, sauf dans la région interscapulo-vertébrale, où est perçu un *souffle* intense tubo-cavitaire de compression bronchique.

Au maximum il réalise un tableau d'*atélectasie pulmonaire*, avec asymétrie thoracique.

Notons plus accessivement la recherche :

Du *signe de d'Espine* (renforcement de la voix chuchotée perçu au niveau de D_5).

D'un *hydrothorax bilatéral* (qui traduirait la compression des veines azygos).

A la recherche de ces signes proprement médiastinaux doit s'ajouter :

L'exploration cardio-vasculaire thoracique :

— Etude du rythme, des bruits cardiaques.

— Etude comparative des pouls radiaux, complétée par les examens tensiométriques et oscillométriques des quatre membres qui peuvent révéler des retards, ou des diminutions dans un territoire artériel donné.

Le diagnostic différentiel revient à faire la critique des manifestations fonctionnelles. Il ne se posera, à vrai dire, qu'en présence d'un signe *isolé*.

Il devra éliminer :

Les douleurs intercostales des névralgies simples, ou du zona intercostal, des radiculalgies par compression intra-rachidienne;

Les douleurs franchement angineuses des aortites, de l'I. V. G., ou des coronarites;

Les douleurs phréniques des péricardites;

Les modifications de la voix, de la toux ou les troubles respiratoires des lésions ou des obstacles portant sur des voies aériennes laryngo-cervicales;

La dysphagie des lésions intra-œsophagiennes au début (cancer ou rétrécissement).

Enfin l'*asthme* et la *coqueluche*, plus aisément reconnus.

C'est une fois ces causes locales éliminées qu'en possession des éléments cliniques il faut chercher à faire un

III. Diagnostic topographique.

1° Il est assez exceptionnel de pouvoir observer un *syndrome médiastinal complet* qui associe au milieu d'un état général précaire, des douleurs permanentes, des troubles respiratoires constants, des troubles circulatoires intenses.

Cet état, qui ne pourrait guère être observé qu'à la phase terminale des compressions médiastinales totales, telles que celles que peuvent engendrer les tumeurs malignes du médiastin à évolution rapide, entraîne rapidement la mort, souvent brutalement par collapsus cardiaque ou spasme glottique.

2° Parfois *le groupement* des signes peut être assez net pour qu'on puisse soupçonner cliniquement la topographie de la compression.

C'est ainsi que l'on peut décrire :

Un syndrome médiastinal supérieur, dont les signes suivants caractérisent surtout la compression de la veine cave supérieure :

— Cyanose de la face.

— Œdème en pélerine avec circulation veineuse, à la partie supérieure du thorax et à la base du cou.

— Fréquence des crises de céphalée avec vertiges, sensations d'éblouissement.

Un syndrome médiastinal moyen, encore appelé syndrome *broncho-récurrentiel*, de beaucoup le plus fréquent en clinique.

— Les troubles respiratoires y prédominent :

— Dyspnée asthmatiforme avec crises de suffocation.

— Toux rauque ou coqueluchoïde.

— Voix bitonale.

— Syndrome de compression de la bronche souche à l'examen.

Un syndrome médiastinal inférieur, assez rare, qui extériorise la compression de la veine cave inférieure, avec :

Des œdèmes aux membres inférieurs;

De l'ascite, avec circulation collatérale abdominale du type cave inférieur;

Et une hépatomégalie.

Un syndrome médiastinal postérieur enfin qui se traduit par :

Une dysphagie permanente ou paroxystique;

Des spasmes glottiques;

Des douleurs névralgiques intercostales;

Et souvent : un signe de Cl. Bernard-Horner par atteinte sympathique.

3° Mais le plus souvent, les signes de compression médiastinale sont *dissociés*, surtout au début, et la difficulté de les grouper rend pratiquement impossible un diagnostic topographique par la seule clinique.

C'est dans ces cas surtout que les *examens para-cliniques* complémentaires deviennent indispensables.

a) Examen radioscopique.

— Il cherchera à préciser :

De face : les contours de la silhouette cardiaque et du pédicule vasculaire.

En transverse et en oblique : la perméabilité des espaces clairs pré et rétro-cardiaques.

— Il sera utilement complété, si besoin, par :

Un examen du transit œsophagien, de face et de profil, après absorption du repas opaque.

Les clichés pris en diverses positions, au besoin après injection intratrachéale de lipiodol.

Enfin les procédés modernes d'exploration radiologique, tels que les *Tomographies* ou les *Kimographies* seront dans bien des cas des adjuvants fort utiles.

b) Examens instrumentaux.

Laryngoscopie, pour préciser l'état des cordes vocales.

Ou *bronchoscopie* et *œsophagoscopie*.

Ces derniers permettant de plus, dans certains cas, la *biopsie* d'une masse tumorale, mais ne pouvant être tentés qu'une fois éliminé le diagnostic d'ectasie aortique.

(*A suivre.*) G. Le Sueur.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 87-88. — 1er-4 NOVEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

Insuffisance cardiaque, éthylisme et avitaminose B, par M. BABONNEIX.

Une nouvelle conception de l'étiologie du cancer, par M. H. HERSCOVICI.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Académie de Médecine. — Académie de Chirurgie. — Société médicale des Hôpitaux.

Pratique Médicale.

A propos des déficiences cardiaques.

L'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris et la guerre.

Nécrologie

Auguste Pettit, par M. BABONNEIX.

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Hospices civils de Saint-Etienne. — En raison des circonstances actuelles, le concours annoncé pour la nomination d'un médecin et qui devait s'ouvrir à Lyon, le lundi 11 décembre 1939 est annulé.

Présidence du Conseil. — *Le Journal Officiel* du 24 octobre 1939 publie un décret organisant le centre national de la recherche scientifique.

Education nationale. — Le même numéro du *Journal Officiel* contient un décret relatif au fonctionnement du centre national de la recherche scientifique.

Guerre. — *Le Journal Officiel* du 23 octobre 1939 publie pages 12583 à 12587 la liste des médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes qui donnent gratuitement leurs soins à la gendarmerie et auxquels le ministre a conféré, par décision du 2 septembre 1939, des récompenses honorifiques.

Marine. — 1° Ont été nommés, sans rappel de solde, dans le Corps de Santé de la Marine :

Au grade de médecin de 3e classe (pour prendre rang du 31 décembre 1936), les élèves du Service de Santé de la Marine reçus docteurs en médecine :

MM. Collin, Perruchio, Brunet, Poitevin, Gérard, Ardisson, Souquière, Lebreuil, Perret, Castel, Deletraz, Haulon, Houel.

Médaille d'honneur des épidémies. — Par décision du 17 octobre 1939 et en application du décret du 15 avril 1892, la médaille d'honneur des épidémies en vermeil est décernée, à titre posthume, au médecin sous-lieutenant de réserve Josseron (Paul), de la 14e région.

Le Président de la République visite des formations Z de Paris.

Le Président de la République et Mme Albert Lebrun ont visité la semaine dernière le poste Z de la Faculté de Médecine de Paris. Ils ont été reçus par M. Langeron, préfet de police, et Mme Langeron ; M. Villey, préfet de la Seine, et Mme Villey ; Mme Lozé, M. le Recteur Roussy, M. le Doyen Tiffeneau, M. Perrier, secrétaire général de la défense passive ; M. le professeur Tanon, président de la Commission sanitaire de la défense passive ; M. Prunet, chef du bureau d'hygiène de la Préfecture de Police.

Sous la conduite du médecin chef, le Président de la République a visité en détail ce poste qui est le premier en date installé à Paris en 1934, un an après le poste modèle créé à Versailles à l'hôpital Dominique Larrey, par le médecin colonel Anglade.

La création et l'organisation du poste de la Faculté de Médecine sont dues à l'initiative et à la ténacité de MM. Tanon et Perrier, à qui le Président a adressé de vives félicitations.

Le Président, Mme Lebrun et les personnalités qui les

accompagnaient ont ensuite visité l'hôpital Z installé à Vitry, dans les bâtiments de l'Ecole départementale.

Croix-Rouge. — *Le Journal Officiel* du 30 septembre a publié un décret relatif au rôle et au fonctionnement général des Sociétés d'assistance aux blessés et malades de l'armée. La Croix-Rouge française est constituée par les trois Sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées (S. S. B. M., U. F. F., A. D. F.). Ces trois Sociétés sont placées sous l'autorité du commandement et des directeurs ou chefs du Service de Santé.

Port du brassard de la convention de Genève. — Un décret dispose que le brassard, en dehors du personnel du Service de Santé des armées, est délivré aux ayants droit (Croix-Rouge, personnel civil requis) par l'autorité militaire, qui les timbre. Le porteur doit être muni d'une carte d'identité spéciale.

Le décret règle également le droit au fanion de la convention de Genève. Il ne peut être arboré sur un véhicule qu'en vertu d'une autorisation du Service de Santé. Il sera toujours accompagné du fanion national. (*J. O.*, 30 sept.)

Pièces anatomiques pétrifiées. — Devant l'*Academia dei fisiocritici* de Sienne, le professeur Francesco Spirito, de l'Université de Sienne, a communiqué une méthode de pétrification des spécimens anatomiques. Avant lui, Segato, Gorini et Marini avaient obtenu des résultats analogues ; mais ils n'ont jamais dévoilé leur technique. Spirito a décrit son procédé, pas en détail : il désire le perfectionner encore avant de le rendre public. Par sa méthode, on peut pétrifier une pièce anatomique montrant comme sur le vivant telle ou telle lésion, et éventuellement la dépétrifier pour l'étude au microscope, car il ne subsiste aucune altération des organes et les cellules peuvent être normalement colorées. Spirito a montré un morceau de marbre, ou en ayant les apparences, et réellement constitué par des viscères pétrifiés. On conserve d'ailleurs dans un musée une table en mosaïque qui est faite de 214 spécimens de viscères humains si bien pétrifiés qu'ils ont la dureté et le poli du marbre. — Ph. D.

La stérilisation légale des femmes en Norvège. — La loi norvégienne donne de grandes facilités pour la stérilisation des femmes, pour des raisons sociologiques (alcoolisme, maladie du cœur, tuberculose, impuissance conjugale, mauvaise qualité du père comme générateur, etc.). Le Dr Fernand Paus a entrepris l'étude d'un groupe de 68 femmes ainsi stérilisées à l'hôpital Sauda, avant le 1er juillet 1938.

Elles avaient entre 20 et 43 ans, et avaient présenté dans l'ensemble 275 grossesses et 49 fausses couches. Sauf dans un cas, où l'on put profiter d'un prolapsus utérin, la stérilisation fut pratiquée par la résection intra-abdominale de la trompe de Fallope. Il n'y eut aucun décès, mais deux embolies et une thrombo-phlébite ; aucune des opérées ne devint enceinte après l'opération. Mais du point de vue psychologique, on vit des catastrophes ; sept cas de désespoir religieux ou moral, de nombreuses plaintes de maris désespérés de l'amoindrissement sexuel de leur épouse, et une désaffection pour le travail dans beaucoup de cas. Paus recommande donc que la stérilisation ne soit pas pratiquée au petit bonheur. — Ph. D.

Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association Amicale des Internes et anciens Internes en Médecine des Hôpitaux et Hospices civils de Paris se tiendra le samedi 4 novembre prochain à l'amphithéâtre Trousseau, de l'Hôtel-Dieu, à 16 h. 30. Le banquet annuel de l'Internat n'aura pas lieu en raison des circonstances.

Hommage au Professeur Roffo (de Buenos-Aires).

L'ambassadeur de France à Buenos-Aires, M. Peyrouton, au cours d'une cérémonie officielle, vient de remettre au professeur Angel Roffo, directeur de l'Institut du Cancer Roffo, un prix de 100.000 francs. Il lui a également remis, au nom du gouvernement français, la croix d'officier de la Légion d'honneur.

Le prix décerné est destiné à la fondation de bourses de perfectionnement pour la lutte contre le cancer.

Des discours furent prononcés par l'ambassadeur de France et le professeur Roffo.

La liaison entre les médecins et chirurgiens mobilisés. (*Suite*. Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 85-86, p. 1326).

CENSURE

Traité de biocolloïdologie, tome V, Etat colloïdal et médecine, fascicule I, *Le sang* (avec 371 tables de données numériques, 121 figures dans le texte et 30 figures hors texte en couleurs), par W. Kopaczewski, un vol. de 149 pages. Chez Gauthier-Villars, à Paris, 1937.

Biologie et médecine, par Jean Rostand. — Un volume in-16 petit jésus, 25 francs. N. R. F., Paris.

INSUFFISANCE CARDIAQUE, ÉTHYLISME ET AVITAMINOSE B

Par L. Babonneix

Au premier abord, aucun rapprochement entre ces trois états, qui ont chacun leurs causes, leurs symptômes et leur traitement. En réalité, rien de plus voisin, l'alcoolisme déclenchant souvent l'insuffisance cardiaque par l'intermédiaire d'une avitaminose B., comme le démontrent M. Gounelle et Follin.

***

Quelle est, en effet, la symptomatologie circulatoire du syndrome de carence B. Chez l'adulte, il consiste en insuffisance cardiaque à prédominance ventriculaire droite : cyanose, dilatation des jugulaires, état dyspnéique, bruit de galop droit, souffle d'insuffisance tricuspidienne, gros cœur avec dilatation des cavités droites, tension différentielle accusée, hépatomégalie, œdèmes périphériques, infiltration des séreuses, bas voltage électrographique et anomalies du T, action limitée des toni-cardiaques habituels : digitale, ouabaïne, efficacité spécifique de la vitamine B, qui fait rétrocéder, puis disparaître en quelques jours tous les symptômes, tant subjectifs qu'objectifs. Tels sont, du moins, les signes indiqués par M. Bastien, dans sa thèse intitulée : *Les troubles cardiaques du béribéri* (Lyon, 1938). Quant au béribéri cardiaque du nourrisson, il se caractérise surtout par de la tachycardie et par des tendances aux syncopes, parfois mortelles, à moins qu'un traitement à base de vitamine B. n'intervienne à temps (Joé Albert, de Manille, Ed. Lesné et son école).

Ces signes sont identiques à ceux que détermine l'insuffisance cardiaque d'origine alcoolique, étudiée par Huchard, Pierre Merklen, Vaquez, Lian et Faquet (Gounelle et S. Follin).

D'autre part, les alcooliques ont au moins trois raisons de faire de la vitaminose B.

Comme l'a montré le professeur Villaret, en collaboration avec MM. Justin-Besançon et Klotz, du fait des troubles digestifs, il y a, chez l'alcoolique, réduction des aliments, partant, diminution d'apport de vitamine B.

Cette faible quantité de vitamine n'est elle-même pas complètement aborbée, en raison des mêmes troubles digestifs.

A cette insuffisance d'apport et d'absorption vient s'ajouter une dernière cause, clairement indiquée par M. Gounelle. « Le rôle de B_1 dans le métabolisme des sucres est actuellement démontré. Il paraît agir comme un ferment oxydoréducteur de décarboxylation. Or, les constitutions chimiques de l'alcool éthylique et des sucres sont vraiment voisins de leurs rapports bien connus.

Dans ces conditions, le métabolisme de l'alcool dans l'organisme ne nécessiterait-il pas, lui aussi, l'intervention de la vitamine B ? « La carence de B_2 chez l'alcoolique pourrait ainsi être la conséquence d'une utilisation accrue de B_1 du fait de sa participation à la destruction de la molécule éthylique ingérée en excès ». A l'appui de cette hypothèse, un argument de valeur : le rôle que joue l'alcoolisme et qu'ont bien mis en évidence les médecins coloniaux, dans la production et dans la révélation du béribéri.

Si, vraiment, l'insuffisance cardiaque des alcooliques reconnaît, pour une part, une carence en vitamine B, on doit pouvoir la guérir en la traitant par la vitamine correspondante. C'est ce que montre l'observation rapportée par MM. H. Gounelle et S. Follin à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* (séance du 2 juin 1939, p. 879-883 des *Bulletins ;* voir aussi H. Gounelle, les myocardies de carence B. *Id.* p. 1048-1050 des *Bulletins*).

Il s'agit d'un garde républicain de 26 ans, admis d'urgence au Val-de-Grâce pour défaillance cardiaque avec œdème des membres inférieurs et hépatomégalie. C'est un alcoolique avéré, qui a déjà fait plusieurs séjours à cet hôpital pour imprégnation, avec tremblement, pituites matinale, cauchemars, délire onirique. A l'examen, œdèmes, ascite discrète, liquide dans les deux plèvres, hépatomégalie douloureuse, bruit de galop et souffle systolique à maximum paraxyphoïdien. Tachycardie à 120. Différentielle haute : T. A. 12-5, 5.

Sous l'influence du traitement habituel par les toni-cardiaques, amélioration des signes fonctionnels, sans modification des signes cardiaques. Se rappelant, d'une part, les considérations précédentes ; de l'autre, les succès obtenus par Bickel chez un cirrhotique avec polynévrite présentant un galop mésocardiaque et une hypotension minimale, par l'administration de vitamine B, les auteurs se décident à prescrire des injections intraveineuses bi-quotidiennes de vitamine B. En cinq jours, disparition définitive des œdèmes, des signes cardiaques, tachycardie, bruit de galop et souffle systolique, chute considérable du poids, substitution aux anomalies cardiographiques d'un tracé normal, diminution de diamètre cardiaques, sensation de bien-être, rendant possible la reprise du service.

Les auteurs rapprochent de leur cas un fait analogue publié par M. van Bogaert et concernant un « cœur de bière ».

Ils se posent la question de la nature d'une telle insuffisance cardiaque. On sait l'importance du glycogène cardiaque, qui est sous le contrôle de la vitamine B_1. Or, le malade présentait à son entrée un peu de glycosurie. Il y a bien des chances, aussi, qu'il existe un certain degré de dysfonctionnement neurovégétatif, ainsi qu'en témoignent l'instabilité durable du pouls, passant de 70 à 120 dans la position debout. Et l'on sait que l'insuffisance B_1 s'accompagne de lésions portant sur le pneumogastrique et sur le grand sympathique et qu'un auteur de la valeur de M. R. Lecoq attribue à la vitamine B un rôle important dans l'équilibre végétatif.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations, il n'en reste pas moins établi que, selon les propres paroles de M. Gounelle, il serait intéressant, sans préjudice des thérapeutiques classiques, d'appliquer un tel traitement chez tous les cardiaques présentant des signes même discrets d'éthylisme.

UNE NOUVELLE CONCEPTION DE L'ÉTIOLOGIE DU CANCER

Par le Dr H. Herscovici

Malgré l'immense progrès effectué dans le champ des recherches sur le cancer, il est encore à l'heure actuelle impossible de déterminer la cause initiale qui déclenche l'aberration maligne de la cellule.

On sait combien l'industrie du goudron de houille, d'huiles de schistes et d'huiles minérales, prédisposent les ouvriers qui les manipulent à toutes les formes du cancer de la peau.

Depuis quelque temps, il semble que la recrudescence du nombre des malades atteints de cancer du poumon, soit due à la généralisation du goudronnage des routes. Ce fait n'est douteux ni pour Sergent ni pour Roussy. Les essais expérimentaux de Samsonov et Mlle Heros établissent d'une façon certaine que le goudronnage des routes provoque le cancer des poumons. Les auteurs demandent même qu'on traite le goudron afin de le débarrasser des produits à effets cancérigènes.

Expérimentalement, on constate que l'irritation et l'intoxication générale qui résultent de l'application d'un mélange de goudron selon certaines règles sur une portion dénudée de tégument d'une souris, sont susceptibles de favoriser la prolifération néoplasique.

L'irritation chronique expérimentale à elle seule ne peut jamais développer le cancer.

L'irritation exalte (Roussy) vraisemblablement certaines propriétés cellulaires.

Certains auteurs pensent que le cancer consécutif au badigeonnage du goudron des téguments serait dû au rajeunissement des cellules (en comparaison avec les autres cellules de l'organisme) par l'irritation cellulaire que cette substance chimique et d'autres peuvent déclencher.

Pfeiffer et Jacquemart soutiennent que le goudron, produit chimique très complexe, pénètre jusqu'au noyau des cellules et favorise le parasitisme de ce noyau par un virus filtrant. Tous les rats, souris et lapins utilisés pour les expériences sont parmi les animaux de laboratoires ceux qui hébergent plus de parasites. Le goudron et d'autres substances chimiques et les rayons ne constituent que des facteurs secondaires dans la cancérisation.

Kemaway et Cook, en 1930, ont déterminé l'élément cancérigène du goudron. Leurs expériences ont permis la synthèse de plusieurs carbures cancérigènes. Ces derniers, par leurs propriétés chimiques et physiologiques se rapprochent de certaines substances biologiques. Kemaway et Hieger ont synthétisé le premier carbure cancérigène, le 1, 2, 5 et 6 dibenzanthracène, le 1 et 2 benzopyrène pentacyclique est le plus actif des carbures cancérigènes, après ce dernier en ordre d'activité vient le 5-6 cyclopenteno 1-2 benzanthracène et enfin le 1-2-5-6 dibenzanthracène moins actif que les précédents.

Si après l'application du goudron sur la peau on fait de l'irritation par les rayons X, les ultra-violets ou la lumière solaire, on active le processus cancéreux. L'obscurité freine ce processus. L'ablation du ganglion sympathique cervical supérieur contribue à favoriser le cancer expérimental. Il semble, écrit Boisseau (*Presse médicale*) à l'heure actuelle, que l'activité carcinogénique des divers types d'hydrocarbures, ne peut être contestée.

Russel en 1922, obtint des sarcomes par des injections hypodermiques de goudron chez la souris et le rat. Gricouroff pense que le goudron détruit les cellules, déclenche la prolifération cellulaire dans un milieu anormal et favorable.

Les expériences de Bayet, de Sloss et de Burgler ont apporté la preuve que les animaux ayant subi pendant très longtemps l'intoxication arsénicale présentent une susceptibilité particulière à faire des tumeurs malignes.

Tous les goudrons ne sont pas doués des mêmes propriétés cancérigènes. En effet, le goudron qui provient des mines de Limbourg n'en possède pas. Pictot utilise dans ses expériences le goudron du vide qui possède une grande quantité d'arsenic et dont l'action cancérigène est faible ou sans effet sur la souris, ce qui est dû, selon Pfeiffer, à son incapacité de traumatiser suffisamment les cellules de l'organisme pour permettre l'invasion parasitaire.

Roussy, Leroux et Peyre dans leurs essais sur le cancer expérimental, utilisent un produit pharmaceutique spécial; les applications s'effectuent avec des pointes de verre rodées et fines sur les régions épidermiques de l'animal, qui a été préalablement rasé (au dos, à la nuque ou oreille). Toutes ces mesures sont nécessaires afin d'éviter les lésions de la peau qui peuvent favoriser les accidents cachectiques et la mort.

Delattre et Lou-Chany comparent le cancer du goudron au cancer expérimental de Roffo. Cet auteur a constaté l'action concérigène des rayons ultra-violets. Ces rayons provoquent au début une hypercholestérinémie locale avant les lésions des tissus: Il semble que la cholestérine se transforme en carbure cancérigène par déshydrogénation et cyclisation.

Le cancer du goudron se rapprocherait du cancer des radiations. Les radiations agissent sur un point des tissus sensibilisé par les carbures ou la cholestérine et le système pigmentaire par son rôle trophique agit sur le tissu épithélial.

Coulon et Vlès ont suivi, pendant une année, des animaux porteurs de néoplasies provoquées par le badigeonnage au goudron; ils ont examiné continuellement les points isoélectriques du sérum et constaté, dans quelques cas des papillomes, des oscillations irrégulières des points isoélectriques du sérum, la cancérisation qui en résulte se caractérise par l'apparition d'un décollement progressif des points isoélectriques, ce qui prouve l'établissement d'un nouvel équilibre physico-chimique. Les matières colorantes comme le bleu de méthylène, le bleu de pyrrol et le bleu trypan possèdent une action inhibitive sur les tumeurs et sur leur malignité, action qui peut être augmentée par l'irradiation aux rayons ultra-violets.

Vu l'importance des substances cancérigènes, il

est intéressant de citer les expériences de Speman sur l'induction organisatrice (*Presse médicale* 1938).

En greffant sur des tritons, la lèvre dorsale du blastopore dans la région ventrale d'un œuf au stade gastrula, il vit se développer un nouvel embryon. Le fait est-il dû à une action vitale des cellules, à une radiation ou à certaines substances catalytiques ou à une substance chimique particulière? Les expériences réussissent sur des espèces différentes de tritons et prouvent que la substance n'est pas spécifique. On a pensé à une substance chimique non spécifique élaborée par les cellules vivantes. Or, en transformant en bouillie le greffon, l'induction reste toujours positive. La solution de ce problème devrait contribuer à éclaircir celui du cancer car, qu'est-ce que le cancer sinon *une aberration monstrueuse de prolifération cellulaire et due à une sorte d'induction désorganisatrice?*

Nous supposons donc qu'une substance de nature chimique est la cause de l'induction organisatrice. Or, chaque fois que la formule chimique de cette substance subit une modification déterminée sous l'influence des excitants les plus différents, comme la lumière, chaleur, rayons X ou ultra-violets, acides, oxyde de carbone, traumatismes, on constate qu'il se déclenche un phénomène de désorganisation cellulaire ou une sorte d'induction désorganisation origine de toutes les formes du cancer. On sait depuis longtemps que l'on peut provoquer la division des œufs d'oursin en les soumettant aux irritants les plus divers, chaleur, piqûre ou acides. Tous les excitants chimiques ou physiques ne constituent que les causes secondaires du cancer, car ils contribuent et favorisent la modification de la formule d'une substance chimique non spécifique qui est la cause unique et fondamentale du cancer.

Le cancer expérimental du goudron produit de grands troubles dans le métabolisme des graisses, tandis que la cholestérinémie est très variable. Les métastases sont rares, 1 %, alors que dans le cancer humain, elles présentent, au contraire, un pourcentage très élevé.

Le développement néoplasique chez le lapin nécessite approximativement des badigeonnages au goudron pendant 60 jours, chez la souris une durée de 150 jours et même plus.

Ces badigeonnages se font au nombre de 3 par semaine. Toute nouvelle application de goudron doit être précédée d'un nettoyage de la couche appliquée deux jours avant. Après quelques semaines, on voit se produire une alopécie de la région badigeonnée, la peau s'épaissit et des néoformations papillomateuses font leur apparition.

Il s'impose un arrêt de l'application du goudron en cas d'eczéma suintant ou diarrhée ou d'autres complications et on recommence sitôt ces symptômes disparus.

Dans la première semaine on observe habituellement une toute petite saillie à base indurée et qui envoie des boyaux épithéliomateux dans l'hypoderme. La petite tumeur s'ulcère et saigne facilement et elle est couverte de croûtes. On peut constater des métastases et une hypertrophie des ganglions de la région du voisinage.

Les tumeurs peuvent atteindre un gros volume et au moment que l'état général de l'animal fléchit et devient mauvais, la tumeur peut diminuer de volume, mais ce fait n'est qu'apparent.

Selon que le tissu conjonctif est plus ou moins dense, selon que la réaction conjonctive est faible ou forte, la marche du cancer est retardée ou activée, car, écrivent Fischer et Kotzareff, la cellule, le tissu et le milieu, conditionnent la malignité.

Le goudron exerce son action cancérigène sur l'épithélium malpighien, en voisinage de l'ulcération principale dans le cas de formation de carcinosarcomes. Guérin et Bonciu constatent que l'action du goudron n'est pas élective, car il entraîne, le plus souvent, le développement de tumeurs à structure mixte.

Le cobaye et le rat réfractaires au cancer du goudron par simple badigeonnage, peuvent être cancérisés par l'injection intramammaire de goudron.

Les réactions dues soit aux greffes, soit aux applications de substances chimiques varient non seulement suivant les tissus excités, mais aussi suivant les animaux de laboratoire employés dans ces expériences.

L'emploi du goudron dans le cancer expérimental, n'élucide pas comment le cancer prend naissance, car toute substance chimique qui peut engendrer des tumeurs malignes, peut déclencher des proliférations d'allure parfaitement bénignes. Précisément Carrel pense que le principe de Peyton Rous est une substance chimique et le sarcome infectieux qu'il déclenche est analogue au sarcome provoqué par les substances chimiques.

Il faut aussi souligner que le cancer expérimental de la souris se généralise par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, mais selon les constatations de Duvoux, il ne frappe pas les autres tissus voisins, contrairement au cancer humain qui infiltre soit en surface, soit en profondeur tous les tissus de l'entourage.

Chez des souris mâles castrées réfractaires à la greffe de cellules cancéreuses, Jacquin et Maisin favorisent l'éclosion de la prolifération maligne par badigeonnage au goudron. Lumière explique ce phénomène ainsi : dans le premier cas, le greffon se trouverait transplanté dans un milieu impropre, dans le deuxième, l'organisme serait modifié par la castration et le goudron agirait sur un milieu nouvellement adapté.

Loeb et Miss Lathrop ont observé que si l'on pratique une oviariotomie chez des souris âgées de deux mois (le début de la sécrétion intrinsèque de l'ovaire), on ne peut plus provoquer la formation du carcinome du sein, par contre la castration est-elle effectuée entre 5 et 7 mois, le carcinome a moins de possibilités d'évoluer; la castration entre 8 et 10 mois n'influe plus sur la cancérisation de l'animal.

Deux facteurs expliqueraient ce cancer particulier; l'un serait l'hérédité et l'autre la sécrétion interne de l'ovaire. Pour le premier, L.-P. Lochart-Mummery conclut que l'hérédité est un facteur important par

l'apparition du cancer et spécialement pour sa localisation, ces curieuses variations dans sa distribution géographique deviennent compréhensibles. Car il existe encore de nos jours chez les habitants d'une région, une tendance très marquée à se marier entre eux et, en tout cas, les gens d'un district sont plus étroitement apparentés les uns aux autres qu'aux habitants du dehors.

On peut donc s'attendre à ce que les variations de localisation du cancer dans un organe soient plus grandes à la campagne ou dans les domaines agricoles que dans les villes où la population change souvent. C'est ce que les statistiques démontrent nettement. Quiconque, écrit cet auteur, prendra la peine de revoir les arguments fournis aussi bien par l'expérimentation animale, sera obligé de conclure que l'hérédité est un facteur de première importance et que son rôle vaut la peine d'être étudié avec soin et persistance.

D'autres auteurs comme Thompson et Haler émettent l'idée que le lobe antérieur de l'hypophyse et les glandes parathyroïdes constituent un système équilibré d'accélération et de retardement de la croissance.

Le déséquilibre de ce système jouerait un rôle dans l'étiologie du cancer. Des extraits contenant le facteur anticroissance des glandes parathyroïdes, ont inhibé le développement même des tissus malins, aussi bien chez l'animal que chez les êtres humains (1936).

Le sang d'individus normaux contient un facteur d'anticroissance correspondant par ses propriétés, au principe actif des glandes paratyroïdes, tandis que le sang d'individus atteints du cancer ne contient pas cette hormone mais contient en excès une substance stimulant la croissance.

Nous avons relaté plus haut les expériences de Roffo qui provoque la formation de tumeurs malignes chez des animaux en les exposant à des irradiations ultraviolettes. Le métabolisme du cholestérol y a son importance. Une hypercholestérose survient à la suite de ces irradiations, par le développement d'un carbure fluorescent du groupe de l'anthracène, résultant de l'irradiation du cholestérol.

Sheard et Higgins placent des poussins dans des cages entourées de verres de couleurs variées et ils remarquent un développement accentué des glandes parathyroïdes à la suite de cette exposition. Non seulement les glandes et leur action sur la croissance sont modifiées par la lumière ultra-violette, mais les extraits de ces glandes aussi ont perdu leur action sur le taux de croissance de tissus normaux ou néoplasiques après l'irradiation aux ultra-violets.

De telles irradiations produisent la formation de vitamines D dans le tissu sous-cutané de concert avec les glandes parathyroïdes et aidant l'action de l'hormone réglant le métabolisme calcique. On peut supposer que les substances carcinogénétiques produites par divers processus, sont capables de produire des transformations néoplasiques en présence d'un déséquilibre du système croissance-anticroissance.

La diminution du facteur retardant la croissance des glandes parathyroïdes, est enfin une source importante de ce déséquilibre et ni les agents carcinogénétiques et les rayons ultra-violets ont leur rôle décisif; jusqu'à l'heure actuelle on n'a pu déterminer un facteur unique qui puisse expliquer toutes les formes du cancer. Les facteurs qui favorisent l'éclosion du cancer varient à l'infini.

Itchikava et Kotsareff n'ont-ils pas démontré que l'ablation du ganglion cervical sympathique stimule les formations des tumeurs de l'oreille provquées par le goudron, alors que si on supprime par contre le nerf périphérique, l'évolution des tumeurs est moins favorisée? Pourtant les expériences d'Auleur sont contradictoires, la tumeur ne se forme pas du côté des sympathiques enlevés, le rôle du système végétatif serait donc nul dans le développement des néoformations.

Roffo a remarqué que malgré l'énorme prédominance du tissu musculaire strié, on n'a jamais vu le cancer se développer au dépens de ce tissu. Il pense que le muscle devrait contenir un principe immunisant envers la cellule néoplasique. Des rats rendus cancéreux ont été traités par des extraits autolysats et des hydrolysats. *In vitro* seuls les autolysats possèdent un pouvoir inhibiteur et les hydrolysats un pouvoir empêchant tout à fait net. Au microscope la cellule cancéreuse subit un processus de nécrose et le tissu cellulaire péritimoral réagit par une prolifération intense. L'étude de cette question présente une valeur de première importance.

D'autres, comme Bayet et Murphy, ont relaté des expériences qui démontrent que les perturbations de l'état général sont impliquées dans la cancérisation par l'irritation du goudron. Ménétrier et Clunet, les premiers, réussirent à provoquer le cancer par l'action des rayons X, puis Clunet, Bruno Bloch, de Coulon et nous-mêmes avons constaté l'apparition de néoplasies chez les souris soumises à la lumière du soleil.

Nos observations expérimentales et cliniques nous ont fait admettre l'idée que l'irradiation aux rayons ultra-violets accélèrent l'évolution du cancer et hâtent le dénouement fatal.

Enfin, d'après Charles Nicolle, le cancer lui-même est la conséquence de l'action des radiations lumineuses sur les cellules épithéliales, ou bien que le traumatisme particulier qu'elles déterminent rendent les cellules sensibles à l'action d'un virus cancéreux soit extérieur, soit répandu déjà dans l'organisme.

Qu'il soit dû au traumatisme du goudron sur les cellules, ou aux rayons X ou rayons ultra-violets, on n'a pu dépister jusqu'à l'heure actuelle aucun micro-organisme ni ultra-virus susceptibles à eux seuls de déclencher le cancer.

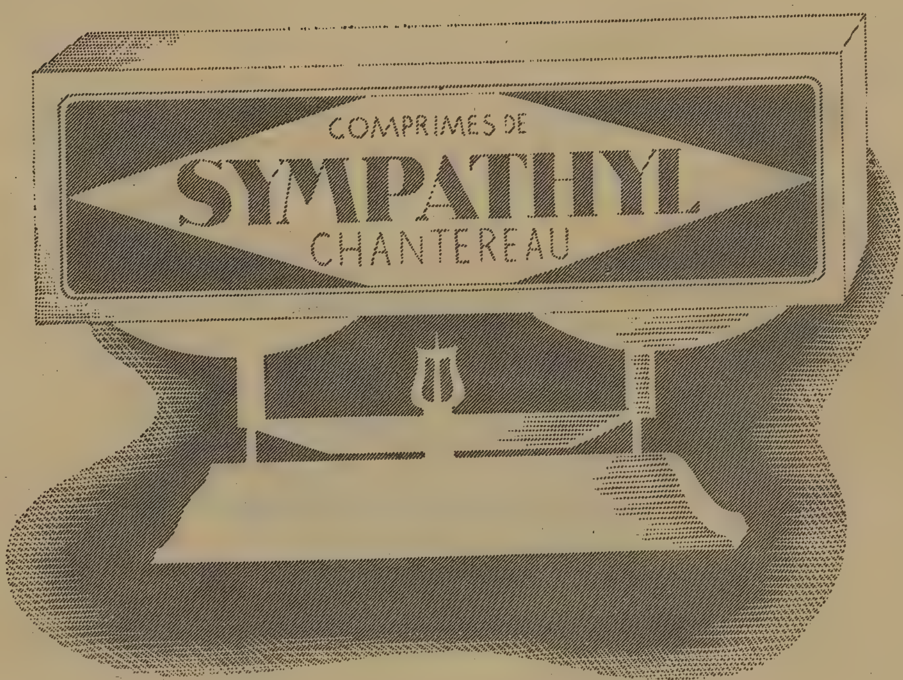
BIBLIOGRAPHIE

Lockhart-Mummery. — Les origines du cancer (Ed. Gallimard).

J. H. Thompson. — Quelques aspects de l'étiologie du cancer (*L'Europe médicale*, oct. 1936).

H. Reding. — Bull. Assoc. Franç. pour l'Etude du cancer, 24, 339, 1935.

A. H. Roffo. — Report *International Cong. Cancer*, 1936.


COMPRIMÉS DE
SYMPATHYL
CHANTEREAU

A. H. Roffo. — Le cancer sera-t-il guéri par un extrait de muscle strié (*Prensa médic. Argentina*, 1937).

A. Lumière. — L'étiologie du cancer (*L'Europe médicale*, 1936).

J. Boisseau. — Les substances chimiques cancérigènes (*Presse méd.*, 1936).

G. Roussy. — La question du cancer, *Cahiers rationalistes*, 1935.

H. Herscovici. — Le cancer (Edit. Le François, 1933).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1939

Répercussions de l'anoxémie sur le rein. — MM. Léon Binet, M. V. Strumga et A. Samaras.

Sur la faible accumulation de la vitamine A dans l'œuf de la poule et dans le foie de poussin. — Mme Madeleine Vermes, MM. Paul Meunier et Yves Raoul.

Action cancerigène d'un tissu autolysé de léprome humain sur la glande interstitielle du testicule du rat. — M. Albert Peyron et Sœur Marie-Suzanne.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1939

La glycémie chez le cobaye et le lapin, sous l'influence du venin de cobra. — MM. Gabriel Bertrand et Radu Vladesco.

Action des radiations sur le bacterium coli. — M. Salvatore Luria.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1939

Présidence de M. Sieur

La tuberculose post-anergique des adolescents. Echéance. Déductions prophylactiques. — Après avoir rappelé la fréquence des cuti-réactions négatives à la tuberculine chez l'adolescent sain, la fréquence des anomalies radiographiques chez les sujets allergiques, la rareté des lésions actives au premier examen de dépistage, M. J. Troisier et M. Bariéty soulignent que, seuls, les sujets primitivement anergiques ont fourni ultérieurement des manifestations tuberculeuses primaires actives.

Ils insistent sur l'échéance pleuro-pulmonaire des manifestations tuberculeuses, laquelle a oscillé entre un et dix mois après le virage de la réaction à la tuberculine.

La surveillance attentive des adolescents au moment du virage de la cuti-réaction s'impose donc, mais elle risque d'être inopérante à elle seule. Il y a lieu de provoquer chez les adolescents anergiques un état allergique franc par injection intra-dermique de B. C. G. à dose suffisante.

M. F. Bezançon insiste sur les effets remarquables de la tomographie dans l'interprétation des images hilaires, si délicate avec les méthodes habituelles.

M. Rist est un peu étonné du chiffre bas des infections dans son personnel, ce qui tient à ce qu'il n'accepte que des infirmières ayant une cuti positive et se loue de pratiquer systématiquement ces vaccinations.

Le lait pasteurisé dans le Sud-Est de la France. — M. J. Vieilley (présenté par M. H. Martel).

L'atelier de pasteurisation doit être au lait ce que l'abattoire et le frigorifique sont à la viande : un endroit de concentration, réception, vérification, conservation ou élimination.

Seuls, doivent être livrés pasteurisés, condensés ou transformés en produits laitiers à consommer frais les laits reconnus bons pour la consommation en nature.

La pasteurisation comprend un préfiltrage, un chauffage suffisant et une réfrigération rapide et soutenue vers 3°. Après pasteurisation, le lait sera conservé dans des récipients lavés, stérilisés et égouttés.

Le décret sur la pasteurisation ne peut avoir son plein effet qu'à condition que le décret sur le lait cru soit intégralement appliqué.

M. le professeur Chevassu prononce un magnifique **éloge du professeur Legueu.**

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1939

Présidence de M. le professeur Grégoire, qui félicite et remercie chaleureusement les chirurgiens belges présents dans la salle de leur collaboration et de l'ambulance chirurgicale que la Belgique offre à la France.

Un délégué belge affirme la sympathie de la Belgique pour la France.

A propos du volet osseux dans les plaies cranio-cérébrales. — M. Gosset se fonde sur son expérience personnelle pour conseiller, dans les trépanations, de faire un volet détaché : ce qui n'a aucun inconvénient et peut présenter quelques avantages, comme celui de permettre peut-être une cranioplastie.

Considérations sur la transfusion dans la guerre d'Espagne. — M. Pittaluga expose les conclusions basées sur des milliers de transfusions tant dans l'armée républicaine que dans l'armée du général Franco.

Méthode. — On a employé les transfusions directes, les transfusions de sang conservé, chaque méthode ayant ses avantages et ses inconvénients.

En plus des recherches sérologiques et dispositif sanguin, on a attaché de l'importance à la recherche de l'hématozoaire. Transfusion de donneurs préalablement examinés, transfusions de donneurs sélectionnés au moment des besoins, transfusions de sang conservé ont chacune leurs difficultés.

Technique. — Pour conserver le sang, on l'a stabilisé par le citrate de soude et le glucose. Le plus souvent, on a mélangé le sang des donneurs de même groupe. On a conservé le sang par le froid, mais il importe de conserver une température constante. La conservation au delà de dix à quinze jours semble augmenter les accidents d'ordre anaphylactique.

L'auteur semble conseiller la méthode de 3 ou 4 grands centres de sélection et de conservation du sang, transporté dans des conditions parfaites de constance thermique avec le minimum de secousses des ampoules, cette conception du service spécialisé, de sélection des donneurs ou celle de centres plus nombreux dans chaque hôpital divisionnaire ont chacun leurs inconvénients : difficultés de transport ou difficultés d'examen et de sélection des donneurs.

Résultats. — Presque aucun accident transfusionnel, mais on réchauffait toujours le sang à 38° — on transfusait rare-

ment plus de 200 à 300 grammes. On ajoutait quelquefois un milligramme d'adrénaline par ampoule. Il n'y a plus d'accidents avec le sang conservé.

Les blessures qui, proportionnellement, exigent le plus de transfusions sont celles : par bombardement d'avion, 10 %, puis celles par mitrailleuse, celles par bombardement d'obus (3 à 4 %).

M. Neumann précise, en citant M. Dustin, l'innocuité des transfusions de sang conservé, qu'il conseille de ne conserver que dix à quinze jours.

Sur la désinfection chimique des plaies contuses. — M. Mocquot. — Certaines substances chimiques sont capables d'empêcher absolument la pullulation microbienne dans les plaies quand elles sont employées tôt après la blessure. Il cite deux belles observations de plaies contuses des mains avec souillures du sol par les poussières et fractures ouvertes ou désinfection et pansement laissé quinze jours ont empêché l'infection. Il conseille :

1° Le nettoyage au permanganate de potasse à 1 ou 2 pour 1.000 dans les plaies contuses peu profondes, surtout des mains, des doigts et les plaies en surface comme les brûlures quand l'excision est difficile ou impossible.

2° Les pansements des plaies infectées, au permanganate qui a l'avantage de diffuser et de ne pas être toxique (Mlle Gothié).

M. de Fourmestreaux recommande l'infection intra-artérielle de mercuro-chrome, qui donne les mêmes résultats et est aisée.

M. Duval demande qu'on confirme ces résultats en prouvant l'existence de germes dans la plaie avant désinfection.

M. de Martel propose un procédé d'hémostase qu'il utilise dans la chirurgie cérébrale. Il opère sous un courant de gaz carbonique de pression un peu supérieure à la T. A. et qui crée un champ exsangue permettant l'hémostase spontanée des petits vaisseaux et facilitant l'électrocoagulation des plus gros.

M. Mondor demande s'il n'y a pas de danger d'embolies gazeuses.

M. de Martel n'en a jamais vues et ne les croit pas possibles avec la pression gazeuse qu'il utilise.

Bactériémie à perfringens post-abortum. — MM. Mondor et Olivier rapportent 3 belles observations suivies de guérison après curettage utérin et sérothérapie. Le diagnostic de bactériémie hémolytique est fondé sur la triade subictère, urines porto, sérum brun, qu'il ne faut pas confondre avec un ictère infectieux par atteinte hépatique. Les auteurs rapprochant ces cas des ictères hémolytiques qu'on peut voir au cours des gangrènes gazeuses des blessés. L'ictère hémolytique, qu'il faut distinguer de l'ictère par hépatite peut guérir si on enlève le foyer gangréneux. En rappelant une belle observation de M. Chabrol, M. Mondor croit au rôle des troubles circulatoires comme facteur localisateur de la gangrène gazeuse.

M. P. Duval présente des radiographies curieuses d'ostéolyse complète des os du pied et de l'extrémité inférieure des os de la jambe peu après une cholécystectomie et dont il n'explique pas le mécanisme.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *octobre* 1939

Appendicite chronique. Diagnostic et traitement. — M. Comby et Mlle Th. Comby apportent les conclusions suivantes :

a) L'appendicite chronique est fréquente. Son diagnostic est d'ailleurs difficile. Le signe proposé par MM. Brodin et Aubin, consistant dans la palpation du ventre en position verticale contrôlée par l'examen radiologique, peut être accepté.

b) Le traitement en doit être purement chirurgical ; à savoir : appendicectomie à froid après diagnostic certain. Pour les auteurs, il faut traiter ainsi tous les cas d'appendicite chronique, ce qui supprimera tous les faits d'appendicite aiguë.

Hyperpnée de l'enfant après la naissance. — MM. Ribadeau-Dumas, Briand et Dos Gallic.

L'hyperpnée du nouveau-né n'est pas exceptionnelle ; elle apparaît de façon précise avec la méthode pneumographique. Elle se manifeste dans l'acidose, en dehors des lésions pulmonaires du nouveau-né.

Elle s'observe de plus dans les hémorragies cérébro-méningées où elle peut être continue jusqu'à la mort. Elle peut aussi succéder à des phases d'apnée, coïncidant avec des convulsions. Dans un cas de polypnée avec croissance lente, les auteurs ont pu, par la novococaïnisation de la chaîne cervico-thoracique, obtenir un type respiratoire normal avec accroissement normal du poids.

Choc mortel au cours d'une transfusion lente du sang conservé (cinq transfusions antérieures de sang frais bien supportées). — M. Benda, Mlle Depittre et Mlle Iliovici attirent l'attention sur le fait qu'ils rapportent, lequel permet :

a) De souligner la méfiance qui s'impose en présence de certains « receveurs » prédisposés.

b) D'insister sur l'importance, en pareil cas, de la recherche prétransfusionnelle directe des compatibilités sanguines.

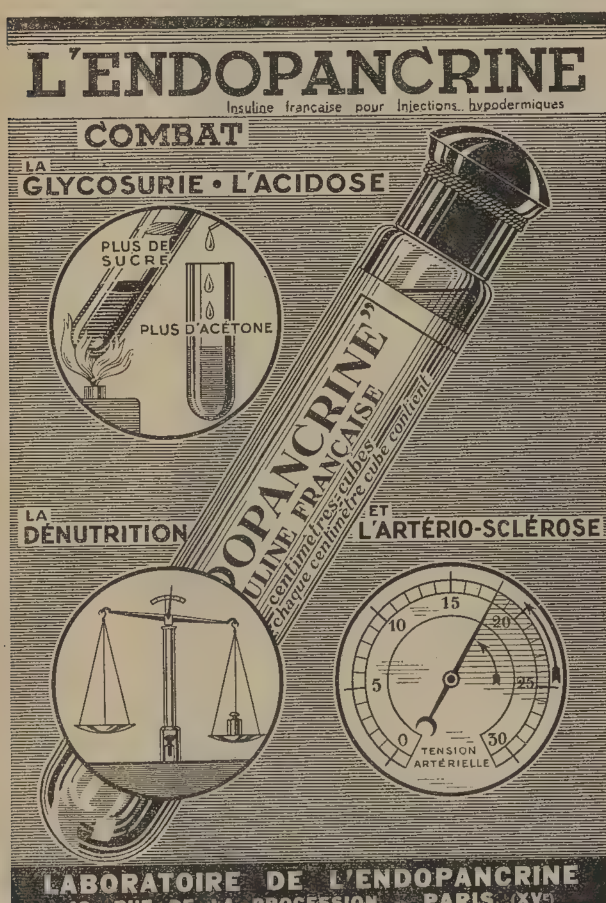
c) De signaler les problèmes qui ont trait à la question du sang conservé, à savoir : âge limite de son utilisation, technique comprenant un dispositif capable d'empêcher toute possibilité de sédimentation globulaire au cours d'une transfusion lente, vérification prétransfusionnelle de l'absence du moindre indice d'hémolyse, indications réservées aux cas strictement chirurgicaux et contre-indication absolue dans tous les cas de transfusion dites « médicales ».

Une forme fruste d'infection générale post-angineuse à Bacillus funduliformis. — MM. A. Lemierre, Guimaraes et J. Lemierre.

Jeune homme qui, après une rubéole, présenta brusquement les symptômes d'un infarctus pulmonaire. A l'examen, on put découvrir une amygdalite droite sans signes fonctionnels et un empâtement sous-angulo-maxillaire sensible à la pression. Apparurent ensuite des arthralgies tibio-tarsiennes et une arthrite coxo-fémorale gauche. On nota seulement une courte poussée thermique au moment de l'apparition des signes pleuro-pulmonaires et au début de l'arthrite coxo-fémorale. Guérison rapide. La réaction spécifique des infections à *Bacillus funduliformis* fut positive. Il s'est dans ce cas agi d'une poussée bactérienne fugace ou d'une forme fruste d'infection générale post-angineuse à germes anaérobies.

M. Gounelle dépose sur le bureau un *pli cacheté* comportant deux communications « sur une substance dont l'introduction dans la ration alimentaire favorise l'exercice musculaire et retarde l'apparition de la fatigue ». Le pli sera ouvert à la fin des hostilités.


Le Jécol est au foie ce
que la digitale est au cœur.
JÉCOL
C'est l'auxiliaire physiologique
de tout traitement entéro-hépatique.
JÉCOL
JÉCOL
JÉCOL
1 OU 2 CACHETS FIN CHAQUE REPAS
COMBRETUM-BOLDO-EVONYMINE
LAB. COURBEVOIE (SEINE)


L'ENDOPANCRINE
Insuline française pour Injections hypodermiques
COMBAT
LA
GLYCOSURIE • L'ACIDOSE
PLUS DE SUCRE
PLUS D'ACÉTONE
LA
DÉNUTRITION
ET
L'ARTÉRIO-SCLÉROSE
TENSION ARTÉRIELLE
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION PARIS (XVe)


Digestions pénibles
lentes et retardées
Insuffisance
gastrique
ÉLIXIR GREZ
ÉLIXIR
GREZ
Chlorhydro-Pepsique
TONI-DIGESTIF
DÉPOT Gal
PARIS
Laboratoires
MONIN
49, Rue de Maubeuge
PARIS

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1939

Méningite cérébro-spinale due au Micrococcus Catarrhalis chez un enfant de 4 ans. — Mme Chevrel-Bodin, MM. Chevrel et Guihard.

Le sulfate de benzédrine et la durée de résistance à l'anoxémie aiguë. — M. Léon Binet et M. V. Strumza rapportent des expériences poursuivies sur le chien et sur le cobaye, démontrant que la benzédrine allonge la durée de résistance à une anoxémie aiguë brusquement imposée. On a utilisé, pour ces expériences, ou des atmosphères sous-oxygénées ou le caisson à dépression barométrique ; les résultats sont convaincants. Par ailleurs, les auteurs ont pu atténuer, avec cette médication, le coma post-anoxémique.

Myélotoxicose mortelle par arsenical pentavalent avec poussée hyperplasique médullaire transitoire, par MM. M. Mouquin, Bousser et Chiche.

MM. M. Mouquin, Bousser et Chiche rapportent un cas de myélotoxicose mortelle par un arsenical polyvalent, moins riche en arsenic que le stovarsol et l'acitylarsan. L'évolution se prolongea pendant cinquante-quatre jours, avec un tableau de fièvre, d'asthénie, de pâleur et de purpura. Il n'existait pas d'ulcérations de la muqueuse buccale. Les examens de sang et de moelle osseuse montrèrent une atteinte de tous les éléments sanguins, véritable panmyélophisie se rapprohant de l'alexine hémorragique. Vers le milieu de l'évolution, et coïncidant avec une certaine amélioration, l'état hématologique, se produisit dans la moelle une prolifération de myélocytes neutrophiles. D'autre part, on put observer tardivement une dissociation de l'atteinte médullaire, le nombre des plyeuctes étant alors redevenus subnormal, tandis que le nombre des hématies et des leucocytes demeurait très abaissé.

L'autopsie révéla l'existence d'ulcérations intestinales et des foyers de gangrène pulmonaire.

Syndrome de Brown-Séquard chez une tuberculeuse pulmonaire. — MM. P. Lechelle, Thieffry et Mlle Bareillier. — Observation d'une jeune femme de 35 ans soignée depuis dix ans pour tuberculose pulmonaire et qui vit se développer, au cours d'un traitement par sels d'or, une paraplégie, puis un syndrome de Brown-Séquard. En l'absence de lésions osseuses cliniques ou radiologiques témoignant d'un mal de Pott, les auteurs concluent que l'hypothèse la plus probable est celle d'un tubercule médullaire siégeant au niveau du IVe segment dorsal.

Méningite otogène aiguë à « proteus vulgaris » guérie par l'α (p - amino - phényl - sulfamide) pyridine (693), par MM. M. Mouquin, A. Plichet et J. Bouvier.

Observation d'un malade atteint d'une vieille suppuration de l'oreille qui fit brusquement une méningite purulente aiguë avec température élevée et état comateux. La ponction lombaire permit de retirer un liquide purulent dans lequel on trouva le « proteus vulgaris » sans autre association microbienne, germe que l'on retrouva par la suite dans le pus de l'oreille moyenne. Le Dagénan (693), administré à la dose de 2 grammes intraveineux et de 3 grammes par la bouche amena dès le premier jour une chute de la température avec amélioration de l'état général. Cette médication continuée à la même dose pendant cinq jours fit disparaître le proteus du liquide céphalo-rachidien et des ensemencements de ce liquide malade fut complètement guéri après 7 grammes en injection intraveineuse et 26 grammes par la bouche de Dagénan.

Il semble que les méningites otogènes à « proteus vulgaris » peuvent bénéficier de la nouvelle thérapeutique par les sulfamides.

PRATIQUE MÉDICALE

A propos des déficiences cardiaques

Dans les circonstances actuelles, il n'est pas étonnant que le cœur fléchisse et il est intéressant de connaître deux médicaments qui sont utilisables d'une manière très pratique.

L'adoverne représente toute l'action utile de l'adonis vernalis. Il a surtout été étudié par le professeur F. Mercier et par le Dr Lutembacher.

Il est indiqué dans le traitement de l'insuffisance cardiaque avec arythmie complète et tachy-arythmie ventriculaire ; c'est le cas des cardiopathies mitrales dans lesquelles il faut administrer un médicament qui ne ralentisse pas trop le rythme, ce qui pourrait avoir comme corollaire la dilatation aiguë du cœur ; l'adoverne est alors le médicament de choix, son action sur la contractilité est intense, alors que l'effet bradycardique n'est pas trop marqué et que sa rapidité d'élimination empêche la production de phénomènes cumulatifs. Chez les malades porteurs de lésions mitrales, l'adoverne produit une diurèse abondante avec disparition des œdèmes et de la stase. Dans les accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche avec violentes crises de dyspnée, consécutives aux aortites, hypertensions artérielles, myocardites, œdèmes pulmonaires, etc., l'adoverne est, après la saignée et l'injection endo-veineuse d'ouabaïne qui s'imposent, le médicament le plus indiqué par ses effets neuro-sédatifs, eupnéiques, cardiotoniques et diurétiques. Il est également le médicament de choix chez les myocardiques arythmiques anxieux, chez les obèses avec dégénérescence du cœur, chez les infectés en état de pré-collapsus, chez les hydropiques et les cardio-rénaux. L'adoverne enfin diminue les œdèmes et secondairement l'ascite des cirrhotiques.

L'adoverne est capable de suppléer, de continuer ou même de remplacer l'action de la digitale ; c'est, d'après le professeur Fernand Mercier, un médicament digitalique de remplacement digne de figurer dans les grands médicaments cardiaques où sa place se trouve entre la digitaline et l'ouabaïne.

L'adoverne s'ordonne aux doses moyennes de XX à XL gouttes, 2 à 4 granules une ou deux fois par jour dans un peu de tisane ou un suppositoire quotidien.

Parmi les analeptiques cardio-respiratoires, une place à part doit être faite au cycliton dont l'emploi a été codifié par le professeur Roch, de Genève.

Le cycliton ne saurait pas plus qu'aucun analeptique agir directement sur la contractilité cardiaque et ranimer un cœur défaillant par myocardite, par exemple, mais, et dans la grande majorité des cas c'est le syndrome à combattre, il rend les plus grands services dans les affections où l'insuffisance circulatoire n'est pas en rapport avec une défaillance du myocarde, mais plutôt avec une insuffisance circulatoire de retour comme dans les maladies infectieuses graves, les intoxications, les hémorragies, les suites opératoires, etc., où le cycliton renforce les contractions cardiaques indirectement en aidant la circulation par action sur les centres vasculaires.

Dans les lésions cardiaques organiques, le cycliton ne peut agir qu'en favorisant l'hématose, car on ne peut lui demander évidemment d'influencer les lésions orificielles ou celles qui constituent la myocardite. De plus, le cycliton est utilisable, sans intolérance possible, comme adjuvant du traitement des cardiopathies par les digitaliques et par l'adoverne.

Dans les cas moyens (déficiences respiratoires et circulatoires, infections, cardiopathies), on prescrit par voie buc-

cale soit XX à XL gouttes dans un peu de liquide, deux à quatre fois par jour, soit 2 à 5 comprimés dans la journée.

Dans les cas urgents et graves, intoxications aiguës, collapsus imminent, on injecte par voie sous-cutanée ou endoveineuse, une à trois ampoules de 2 centimètres cubes de cycliton en répétant cette dose au besoin toutes les deux heures.

L'Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris et la guerre

Le Comité de l'*Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris* fait savoir que la « Corpo » est toujours vivante bien que la mobilisation générale — lui enlevant la plupart de ses membres actifs — l'ait obligée à fermer provisoirement ses salles de travail. Le même fait se produisit pendant la grande guerre et les anciens n'ont pas oublié qu'au cours de leurs permissions ils savaient où trouver ceux qui pouvaient et voulaient défendre leurs intérêts. Il en est de même aujourd'hui et le Comité de l'*Association Corporative* est toujours prêt à s'intéresser aux étudiants en cours de scolarité ou reçus docteurs. A la *Corpo*, tous les membres actifs et honoraires sont camarades et un certain nombre de « patrons » savent le prouver lorsqu'ils viennent rendre visite aux « jeunes » dans leur bibliothèque.

Déjà, nous nous sommes occupés cet été d'obtenir une promotion supplémentaire de médecins sous-lieutenants concernant les médecins auxiliaires rappelés ou maintenus sous les armes en mars 1939.

Comme je l'ai annoncé, M. Daladier, par lettre du 19 juillet 1939, m'a promis cette promotion, et le 20 septembre il a bien voulu m'aviser qu'il avait nommé par décret du 9 septembre 1939, publié au *Journal Officiel* du 16 septembre, 180 médecins sous-lieutenants, 30 pharmaciens et 12 dentistes, tous choisis dans la catégorie précitée.

Voilà ce que je viens d'obtenir au nom de l'*Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris*. J'ajoute que les étudiants en médecine et les docteurs qui n'ont jamais servi et qui arrivent sous les drapeaux provenant des sursitaires et des engagés (ex-réformés) sont ou seront groupés dans les pelotons d'instruction pour la préparation du brevet de médecin-auxiliaire aux conditions habituelles.

Quant aux étudiants n'ayant pas le nombre légal d'inscriptions, ils sont affectés aux sections d'infirmiers militaires qui utiliseront leurs connaissances médicales, au lieu de rejoindre les corps de troupe, comme cela s'est souvent produit en 1914.

Ces mesures prouvent que la Direction du Service de Santé de l'armée entretient un excellent esprit de corps à tous les degrés de la hiérarchie militaire dans la grande famille médicale.

Le Comité de l'*Association Corporative* m'ayant chargé d'assurer la liaison avec les Pouvoirs Publics pendant la durée des hostilités, je prie toute personne qui aurait à solliciter de nous des renseignements, de m'écrire directement à l'adresse ci-dessous énoncée jusqu'à nouvel ordre.

Maurice Mordagne.

Adresse : M. Mordagne, délégué permanent de l'*Association Corporative des Etudiants en médecine de Paris*, 8, rue Dante, Paris (5e). Faire suivre S. V. P. (Joindre un timbre pour la réponse.)

Nécrologie

Auguste Pettit (1869-1909)

Il s'était d'abord adonné à ce que l'on appelait alors l'histoire naturelle et avait fréquenté, durant des années, au Muséum, le laboratoire du professeur Perrier. Un beau jour, il s'aperçoit des ressources qu'offre au biologiste la connaissance de notre spécialité. Il décide incontinent d'en aborder l'étude et bientôt le jeune docteur ès sciences est docteur en médecine. Le voilà lancé ! Il entre, comme chef de laboratoire, chez le professeur Le Dentu. Avec une célérité méthodique, il accède aux honneurs. A sa mort, il était professeur honoraire à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'honneur. Il avait succédé à Eugène Gley, comme secrétaire général de la Société de Biologie et rempli avec distinction ces hautes et délicates fonctions. Chargé, à plusieurs reprises, de missions périlleuses, il en avait rapporté les plus précieux renseignements.

Dans sa brillante carrière, que de sujets n'a-t-il eu l'occasion d'aborder, qu'il s'agisse d'histologie, d'expérimentation ou de thérapeutique ! Les plus importantes de ses recherches ont trait aux *capsules surrénales*, dont, après Brown-Séquard, et en se fondant exclusivement sur leur structure, il démontra le caractère de glandes à sécrétion interne, à une époque où l'endocrinologie en était à ses premiers balbutiements ; à la *poliomyélite*, dont il a trouvé le traitement en injectant aux malades le sérum qui porte justement son nom et qui, judicieusement appliqué, a sauvé bien des existences ; à la *spirochétose ictéro-hémorragique*, à laquelle il a consacré, avec M. L. Martin, une remarquable monographie qui n'a pas vieilli, encore qu'elle date de vingt ans, et, enfin, à la *fièvre jaune*, sur le secret de laquelle il se penchait lorsque la mort est venue le surprendre.

Avec sa loyauté, son incapacité absolue de faire la cour aux gens en cour, son mépris de l'intrigue, sa modestie de savant qui ne quitte son laboratoire que pour rentrer chez lui et qui, comme Michelet, pourrait dire : « Poussant, toujours plus loin, ma poursuite ardente, je me perdis de vue, je m'absentai de moi-même », l'homme était infiniment sympathique. Sans doute, ce grand chef d'école avait-il parfois sur sa route rencontré la douleur. Elle n'avait pas réussi à l'abattre. Il s'était montré plus fort que l'épreuve. Ne possédait-il point trois talismans : la chaleur d'un foyer familial, où il eut le bonheur de conserver longtemps sa vieille maman, et qu'aura embelli jusqu'à la fin la présence d'une sœur aimée, la musique, qu'il dirigeât un petit orchestre médical dont les exécutants s'appelaient Justin-Jolly et Félix Terrien, ou que, seul, il se plût à jouer sur son orgue Mustel du Jean-Sébastien Bach, dans la nuit, à cette heure où « ses doigts n'avaient plus comme guides que la ferveur et le génie » ; et aussi, l'amitié qui le liait à tant de camarades de la première heure, dont François et Louis Le Sourd, jadis rencontrés chez Le Dentu, comme à tant d'élèves devenus à leur tour des maîtres, comme Noël Fiessinger. Peu de temps avant sa fin, déjà très souffrant, il avait bien voulu s'intéresser à mes expériences. Et, comme je l'en remerciais, il me répondit : « Les théories passent, les points de vue se modifient, seule l'amitié demeure ». Ces mots, qu'il prononçait d'une voix altérée, « je les entends encore, je les entendrai toujours ».

L. Babonneix.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 89-90. — 8-11 NOVEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

L'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le professeur Pierre NOBÉCOURT.

Sociétés Savantes.

Académie de Chirurgie. — Académie de Médecine.

Notes pour l'Internat.

Diagnostic des compressions médiastinales, par G. LE SUEUR (suite).

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Facultés de Médecine. — CANDIDATS AU BACCALAURÉAT ET ÉTUDIANTS MOBILISÉS. — Nous avons indiqué (nos 81-82, p. 1294) les mesures prises en faveur des étudiants appelés avant le 20 octobre 1939.

Le Journal Officiel du 27 octobre 1939 publie l'arrêté ministériel du 15 septembre concernant ces mesures exceptionnelles ; en voici le texte :

Art. 1er. — Par mesure exceptionnelle, les candidats au baccalauréat de l'enseignement secondaire (1re ou 2e partie) déclarés admissibles aux épreuves orales à la session de juin-juillet 1939, et qui seront sous les drapeaux avant le 20 octobre 1939, seront, sur leur demande, déclarés reçus aux épreuves orales. Ils devront adresser à cet effet au doyen de la faculté où ils se sont fait inscrire un certificat de leur chef de corps ou de service attestant leur situation militaire.

Les candidats à la seconde partie, remplissant les mêmes conditions, seront déclarés reçus au baccalauréat et recevront le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire.

Art. 2. — Les étudiants régulièrement inscrits ou immatriculés dans une faculté et appelés sous les drapeaux avant le 20 octobre 1939 qui, bénéficiant d'une admissibilité antérieurement acquise, n'ont à subir à la session d'octobre-novembre 1939, que des épreuves orales, en sont dispensés et sont déclarés reçus.

Pour les étudiants appelés sous les drapeaux qui ont été éliminés à un examen où il n'y a pas d'admissibilité, le jury, sur leur demande, examinera à nouveau leurs notes et leur dossier scolaire ; il pourra les déclarer reçus sans leur faire subir à nouveau les épreuves.

Pour les étudiants appelés sous les drapeaux qui ont été refusés aux épreuves écrites en 1939, le jury pourra, sur leur demande, examiner à nouveau leurs compositions et leur dossier scolaire et les déclarer admissibles et reçus.

Les étudiants appelés sous les drapeaux, candidats aux doctorats dans toutes les facultés (doctorat d'Etat ou d'université) qui, remplissant les conditions réglementaires, ont obtenu, avant le 17 septembre 1939, le permis d'imprimer leur thèse, pourront, sur leur demande, être dispensés de la soutenance publique. Ils seront reçus docteurs dans les trois mois qui suivront le dépôt à la faculté du nombre réglementaire des exemplaires imprimés. Ceux qui désireront obtenir une mention ou demander un emploi dans l'enseignement supérieur devront subir ultérieurement l'épreuve de la soutenance.

Les étudiants en médecine qui, ayant régulièrement pris la 20e inscription, ont été appelés sous les drapeaux avant de subir les épreuves de clinique, adresseront au doyen de la faculté où ils ont pris leur 20e inscription trimestrielle, une demande d'inscription aux examens de clinique et y joindront un certificat de leur chef de corps ou de service attestant qu'ils sont dans l'impossibilité matérielle de se présenter devant la faculté. Le doyen soumettra aux jurys des examens de clinique le dossier de chaque candidat et les jurys décideront si le candidat peut ou non être dispensé de chacun des trois examens cliniques. Sur proposition du jury, le doyen déclarera les candidats reçus aux épreuves de clinique et les en informera.

Faculté de Médecine de Paris. — M. le professeur Laignel-Lavastine fera son premier cours le mercredi 15 novembre, à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (asile Sainte-Anne), 1, rue Cabanis. Il continuera son cours tous les mercredis à la même heure.

— M. Brissiaud est chargé de la suppléance de M. Magnin, secrétaire de la Faculté de médecine, mobilisé.

Bibliothèque de la Faculté. — La bibliothèque sera ouverte de 13 h. 30 à 18 heures, à partir du vendredi 3 novembre.

Le *service de lecture* sera assuré après la chute du jour à la *salle réservée* dans la limite des places disponibles (80).

Le *service de prêt* fonctionnera de 13 h. 30 à 17 h. 30.

Les *Thèses* déposées en vue de la soutenance seront *exclusivement* reçues de 13 h. 30 à 15 heures.

En cas d'alerte pendant la durée des séances de lecture, se rendre aux *abris* de la Faculté en suivant les indications du personnel et les flèches. *Laisser les livres sur les tables.*

Faculté de Médecine de Toulouse. — Le Dr Vacquier est chargé du cours d'oto-rhino-laryngologie en remplacement de M. Calvet, mobilisé.

Ecole de Médecine de Rennes. — M. Jourdin, professeur d'anatomie, est renouvelé pour 1939-1940 dans les fonctions de chef de travaux pratiques d'anatomie.

Ecole de Médecine de Limoges. — Par arrêté en date du 26 octobre 1939, le concours pour l'emploi de chef de travaux pratiques de chimie pharmaceutique à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, ouvert le lundi 6 novembre 1939 au siège de cette école par l'arrêté du 1er août 1939, est reporté à une date ultérieure.

Guerre. — Sont promus au grade de médecin sous-lieutenant, MM. les médecins auxiliaires Mattei, Bayle et Detré.

Marine. — Sont promus au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Galiacy ;

Au grade de médecin principal : MM. Le Meillet, Care, Pasquet, Billaut, Legrand, Chabrillat, de Tanouarn, Magrou.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Caer et Brugère.

— Réserve. — Sont promus : au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Primislas-Lallement.

Au grade de médecin principal : MM. Ragiot et Tramini.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Buso et Breton.

Infirmières. — *Le Journal Officiel* du 27 octobre publie deux arrêtés du ministre de la Santé Publique relatifs au brevet de capacité professionnelle des infirmières, et aux épreuves des examens d'infirmiers et d'infirmières.

La Société de Pathologie comparée reprendra ses travaux mensuels à dater du deuxième mardi de novembre, le 14. Ses séances auront lieu, en raison des circonstances, à la Faculté de Médecine, à 15 h. 30.

Pour tous renseignements et communications, s'adresser au Dr Grollet, secrétaire général, 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (16e). Tél. : Trocadéro 35-19.

Les cosmétiques et les produits de beauté aux Etats-Unis. — On sait qu'une nouvelle loi, qui ne fut votée, contre la coalition d'intérêts puissants et divers, qu'à cause de la campagne acharnée et persistante de l'*Association médicale américaine*, a donné à l'Administration fédérale des Etats-Unis des pouvoirs de contrôle très étendus non seulement sur les médicaments, mais en outre sur les produits de beauté et les cosmétiques. La loi nouvelle est surtout féroce contre les allégations mensongères dont les étiquettes de spécialités, et celles des parfumeurs, sont trop souvent chargées. Récemment, les manufacturiers furent informés qu'ils n'avaient pas le droit de vanter leurs produits comme « non-allergiques ». Il est également interdit de prétendre qu'un produit de beauté est un traitement contre les rides ou les pattes d'oie, qu'il nettoie les pores, qu'il est dépilatoire permanent, qu'il fait pousser les cils, qu'il restaure la couleur naturelle des cheveux, qu'il en empêche la chute ou qu'il les fait repousser, qu'il excite la croissance des ongles, qu'il est tonique, un affermisseur, un aliment pour la peau, qu'il agit par ses vitamines, qu'il rajeunit.

Ces vertus, en effet, sont inexistantes et antiscientifiques ; elles constituent des impostures et des allégations frauduleuses, et ne peuvent être tolérées, ni dans la publicité, ni dans les prospectus qui accompagnent les produits, ni même dans leur nom déposé, qui ne doit rien suggérer de frauduleux.

Il va sans dire que ces prescriptions légales s'appliquent, plus rigoureusement encore, aux produits importés aux Etats-Unis. — (Ph. Dally.)

Liaison entre les médecins et chirurgiens mobilisés. — Pour répondre au vœu de l'Académie de chirurgie et au désir exprimé par de nombreux confrères, nous avions commencé à donner les adresses régulières de quelques médecins mobilisés.

Devant l'interdiction prononcée par la censure, nous arrêtons cette publication en exprimant nos regrets à nos lecteurs.

Nécrologie

Le Dr Alphonse Debuchy, de Tourcoing.

Le Dr Lestra (à Lyon).

Le Dr Victor Bamps (à Louvain).

Le Dr Pierre du Souich, décédé à Angoulême.

Le Dr Henri Depeton, conseiller général des Landes.

Le Dr Louis Ducamp, ancien directeur du Bureau d'hygiène de la ville de Lille.


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
LES
2
MÉDICAMENTS
CARDIAQUES
ESSENTIELS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
Laboratoires DEGLAUDE, 15, Bd. Pasteur, Paris-XVe
Médicaments cardiaques spécialisés

L'EXERCICE CHEZ LES ENFANTS ET LES JEUNES GENS

II. Ses modalités. Education physique Exercice usuel. Jeu. Gymnastique Sport. Travail manuel

Par le professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Dans un précédent travail (1), j'ai exposé des *notions générales sur l'exercice chez les enfants et les jeunes gens :* acquisition des mouvements volontaires au début de l'existence, conditions nécessaires ou favorables à l'exercice, effets de l'exercice, besoin de mouvement, exercice suivant l'âge et le sexe, abus de l'exercice et surmenage physique.

Aujourd'hui, je vais étudier les *modalités de l'exercice physique.*

On les décrit généralement sous l'appellation d'éducation physique.

« *L'éducation* est la science et l'art de développer harmonieusement les facultés physiques, intellectuelles et morales (2).

L'*éducation physique* est la partie de l'éducation qui s'occupe du développement du corps par l'exercice. Mais nous avons vu qu'elle a également une action sur la formation de l'intelligence et du caractère. Il ne peut en être autrement. « Le corps et l'âme, écrit Alexis Carrel, après Platon, saint Thomas, Montaigne et bien d'autres, sont des abstractions faites par notre esprit d'un être unique... Nous n'observons ni âme ni corps, mais seulement un être composite, dont nous avons arbitrairement divisé les activités en physiologiques et mentales ».

Friedlander (3), en 1815 : « Le terme d'*éducation physique* ne paraît être plus généralement adopté que depuis le siècle dernier », c'est-à-dire le XVIIIe siècle. En 1762, Ballexsert, de Genève, publie une *Dissertation sur l'éducation physique des enfants, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de la puberté.*

Mais Friedlander donne à éducation physique une acception très étendue ; il range sous cette appellation les soins à la femme enceinte, l'alimentation de la première enfance, les bains froids, l'habillement, etc.

Aujourd'hui, on réserve cette appellation à l'éducation de l'*exercice* et du *mouvement.*

L'éducation physique doit tenir compte des données que j'ai exposées précédemment, des possibilités physiologiques et psychiques suivant les périodes de l'enfance et la jeunesse, le sexe, les individus, des buts qu'on se propose d'atteindre par l'exercice et de ses effets.

Je vais étudier les diverses modalités de l'exercice : I. *Exercice usuel.* II. *Jeu.* III. *Gymnastique.* IV. *Sport.* V. *Travail manuel* (1).

I. — EXERCICE USUEL

L'exercice usuel est celui qui nécessite l'accomplissement des actes de l'existence.

Il commence, chez le bébé, dès le deuxième et le troisième mois et devient de plus en plus important.

Pendant la petite enfance, il ne faut pas immobiliser l'enfant par un maillot trop serré ; il faut, tout au moins laisser ses membres remuer librement pendant plusieurs heures chaque jour. A mesure que sa mobilité volontaire progresse, on favorise son développement en plaçant des petits jouets à portée de ses mains, quand il est couché dans son berceau et quand on lui donne un bain. Puis on l'aide à se redresser, à s'asseoir, à ramper sur le sol, à marcher à quatre pattes, à se mettre debout, enfin à marcher. Les mères et les nourrices savent bien ce qu'il convient de faire.

L'exercice finit par devenir suffisamment actif pour modifier le *rythme nycthéméral* de la température rectale.

Pendant les premiers mois, le bébé bien portant — et même souvent le bébé malade — est *monotherme ;* sa température ne varie, du matin au soir, que d'un, deux ou trois dixièmes de degré. Quand il remue d'une façon appréciable et commence à faire des efforts, la température varie de quatre ou cinq dixièmes de degré pendant la nycthémère. Nous avons attribué, avec Prosper Merklen (2), ce changement de rythme à l'exercice, qui, d'après Toulouse et Piéron, est, chez l'adulte, le facteur principal, sinon unique, des oscillations thermiques.

A partir de la troisième année, l'enfant est toujours en mouvement. Il court plutôt qu'il ne marche ; lui donne-t-on une commission, il part en courant. Quand on le promène, il saute sans motif, marche à cloche-pied. Il fait beaucoup d'exercice.

Quand l'enfant arrive à la puberté et quand il est devenu un jeune homme ou une jeune fille, le sujet devient plus calme ; il marche posément et aime à flâner. Il convient alors de le stimuler, de l'inciter à marcher vivement, à mettre de la vivacité dans l'exercice usuel.

La *marche,* quand elle est suffisamment rapide, est un excellent exercice. Il faut la recommander. Que l'enfant ou le jeune homme se rendent à pied à l'école ou au lycée, même s'ils sont assez éloignés, cela leur sera plus profitable que de prendre l'autobus ou le métropolitain. Mais la marche ne procure pas un exercice suffisant aux enfants et aux jeunes gens.

---

(1) Pierre Nobécourt. L'exercice chez les enfants et les jeunes gens. I. Ses possibilités et ses objectifs suivant l'âge et le sexe. Son abus et le surmenage physique. *Gazette des Hôpitaux.* 18-21 et 25-28 octobre 1939.

(2) Pierre Nobécourt. Médecine et éducation. I. Le rôle du médecin dans l'élaboration des méthodes d'éducation. *Gazette des Hôpitaux,* 1939, n° 9, p. 141.

(3) *Dictionnaire des sciences médicales par une Société de médecins et de chirurgiens.* C. L. F. Panckoucke, Paris. Tome XI, 1815, p. 204.

(1) P. Nobécourt et G. Schreiber. *Hygiène sociale de l'enfance.* Masson et Cie, 1921. Deuxième partie, chapitre 5. Hygiène physique de l'écolier (suite). Les exercices physiques.

(2) P. Nobécourt et Prosper Merklen. Sur la température des nourrissons. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* août 1907.

II. — JEU

Le *Dictionnaire de l'Académie française* (1) donne du JEU la définition suivante : « Divertissement, récréation, tout ce qui se fait par esprit de gaieté et par pur amusement ».

Il définit la RÉCRÉATION : « Occupation, exercice qui fait diversion au travail et qui sert de délassement ». Ce mot « se dit par extension, dans les maisons d'éducation et dans les Communautés religieuses, du temps accordé aux élèves et aux religieux pour se délasser et se divertir ».

« La récréation, écrit A. Collineau (2)..., est une période de détente... Sous peine de perdre tout bénéfice, la liberté la plus complète doit y régner. La liberté n'est pas licence : cela s'entend. Au pied de la lettre, le mot récréation veut dire : création nouvelle... Au grand profit de l'entretien des forces, aussi bien nerveuses que musculaires, c'est à des jeux et non à autre chose qu'il faut l'employer ».

« Les récréations, écrivait A. Riant (3), en 1877, ne valent peut-être pas tant par leur longueur que par l'usage qu'on sait en faire... Il faut tirer le meilleur parti possible de ces récréations ». Il estime qu'elles sont trop courtes, trop rares, prises dans des cours trop étroites. Cependant, ajoute-t-il, « ces cours n'étaient pas plus grandes et les récréations plus longues quand notre génération en usait si bien... ; on jouait, ou sautait, on courait avec ardeur ; la santé, le caractère ne se trouvaient pas plus mal de cette gymnastique naturelle ».

Le jeu est de tous les temps et de tous les pays. Il n'est pas spécial à l'espèce humaine : les jeunes animaux s'y adonnent avec ardeur.

Les médecins et les éducateurs sont tous d'accord sur l'importance du jeu et la grande place qu'il occupe ou qu'il doit occuper. On pourrait multiplier les citations ; quelques-unes suffisent.

Fénelon (4) recommande de laisser jouer les enfants. Les jeux « qu'ils aiment le mieux, écrit-il, sont ceux où le corps est en mouvement ; ils sont contents pourvu qu'ils changent souvent de place... Il ne faut pas être en peine de leurs plaisirs ; ils en inventent assez eux-mêmes ; il suffit de les laisser faire, de les observer avec un visage gai et de les modérer dès qu'ils s'échauffent trop ».

Herbert Spencer (5) écrit : « Le grand intérêt que les enfants prennent à leurs jeux, la joie bruyante avec laquelle ils font leurs cabrioles ont autant d'importance que leurs mouvements... Pour les filles comme pour les garçons, l'activité instinctive du jeu est essentielle au bien-être du corps. Quiconque les interdit, interdit les moyens divinement appropriés au développement physique ».

(1) Edition 1932-1935.
(2) A. Collineau. *L'hygiène à l'école. Pédagogie scientifique.* J.-B. Baillière et fils, Paris, 1889.
(3) A. Riant. *L'hygiène et l'éducation dans les internats.* Hachette et Cie, Paris, 1877.
(4) Fénelon. *L'éducation des filles.* 1687.
(5) Herbert Spencer. *L'éducation intellectuelle, morale et physique.* Traduit de l'anglais par Marcel Guymiot. Schleicher frères, Paris, 1898.

Marcelin Berthelot, en 1888, dans une lettre (1) à la *Ligue Nationale de l'Education Physique*, qui venait de se constituer et l'avait choisi comme président, s'exprime ainsi : « Laissons la joie aux enfants... Ils ne demandent pas mieux que de jouer et de s'épanouir en toute liberté... Nos enfants devront trouver leur récréation en plein air, jouer aux barres, à la balle, aux mille jeux qu'il inventent chaque jour, monter même aux arbres... Ils lutteront entre eux ; la lutte est salutaire au point de vue physique, comme au point de vue moral, pourvu que chacun puisse s'y développer avec bienveillance et sympathie, sans jamais se laisser envahir par des idées de haine et de jalousie ».

« Le jeu, écrit Maurice Boigey (2), est peut-être la forme d'exercice la plus naturelle... Le jeu est également la forme d'activité physique, la mieux adaptée à l'esprit d'émulation ainsi qu'aux aptitudes physiques de l'enfant. Il est à la fois attrayant et hygiénique. Il combine les mouvements avec les aptitudes hygiéniques. Il ne comporte pas de combinaisons anormales dans l'association des muscles ; il se contente de perfectionner les mouvements bien connus de l'enfant, de la course, du saut, du grimper, du lancer, etc. »

JEUX

Les jeux sont nombreux. Suivant leur nature, ils demandent plus ou moins d'énergie, de force, d'activité, de persévérance, ont des effets différents sur l'organisme. Leur gamme permet un choix adapté à l'âge, au sexe, à l'individu.

Les JEUX USUELS ou JEUX FRANÇAIS ont contribué, pendant des générations, à la santé et au développement physique. « Ils avaient cela de bon, écrit A. Riant (3), qu'ils étaient faciles à comprendre, à apprendre et n'avaient nullement les apparences d'une leçon ou d'un problème compliqué ». Ils ont encore aujourd'hui les mêmes avantages.

Ces jeux utilisent la *course*, le *saut*, le *lancer*.

Les jeux, dont la COURSE est l'élément principal, comme la *poursuite*, le *jeu de barres*, le *jeu de cerceau* sont particulièrement favorables. « Projeter le corps en avant, chaque fois qu'un pied quitte le sol, écrit A. Riant, imprimer une secousse à tout l'organisme, des mouvements alternatifs d'extension et de flexion à tous les muscles, mettre en jeu un très grand nombre d'articulations, voilà asurément des conditions favorables à l'activité organique et fonctionnelle ». La respiration et la circulation s'accélèrent ; au bout d'une demi-heure, les échanges respiratoires, d'après Maurice Boigey (4), passent de 1 à 6.

Ces jeux de course sont des exercices de vitesse, coupés d'arrêts et de repos fréquents. Suivant leur

(1) Cité par A. Collineau. *Loc. cit.*
(2) Maurice Boigey. Education physique de l'enfance et de l'adolescence. *L'Expansion scientifique française.* Paris, 1929.
(3) A. Riant. *Le surmenage intellectuel et les exercices physiques.* J.-B. Baillière et fils, Paris, 1899.
(4) Voir le mémoire précédent.

rythme et leur durée, ils provoquent une fatigue plus ou moins grande, mais il ne conduisent pas au surmenage.

A la course s'associe le LANCER dans certains *jeux de balle*, comme la *balle au chasseur* et les *jeux de ballons*.

Le SAUT consiste en un mouvement de flexion, suivi du redressement brusque des membres inférieurs et du tronc, qui enlève le corps à une plus ou moins grande hauteur pour retomber sur le sol, en déterminant un nouveau mouvement de flexion. Il met en jeu tous les muscles, développe la souplesse et l'agilité.

On saute *en hauteur* ou *en longueur*, *à pieds joints* ou *avec élan*. Cette dernière modalité, qui s'associe à la course, est particulièrement recommandable.

Le *saut à la corde* est, d'après Maurice Boigey, un des meilleurs exercices. Il fait fonctionner tous les muscles des membres supérieurs, des membres inférieurs, de la paroi abdominale ; il active grandement la respiration et la circulation. Son rythme, lent ou rapide, avec tous les intermédiaires, sa durée varient au gré du sauteur. « C'est là, écrit Maurice Boigey, un exercice très efficace pour donner aux enfants une bonne poitrine et un cœur résistant ».

Le *saut à cloche-pied*, comme dans le *jeu de marelle*, met en jeu tous les muscles, en particulier ceux des membres inférieurs.

Les JEUX DE RAQUETTE sont excellents, car ils combinent la *course*, le *saut*, le *lancer*.

Le JEU DE VOLANT, qui avait jadis la faveur des jeunes filles, est un exercice doux.

Le JEU DE PAUME a été très en faveur pendant des siècles. La France était semée de *salles* de jeu de paume ; celle du château de Versailles est célèbre depuis le serment historique ; nombreux également étaient les *mails*, où l'on s'exerçait en plein air.

Le JEU DE TENNIS l'a remplacé aujourd'hui.

Les jeux de raquette mettent en action les muscles des membres supérieurs et inférieurs et, en outre, comme le fait remarquer Lagrange, « tous les muscles fléchisseurs et rotateurs du tronc, c'est-à-dire de la paroi antérieure, postérieure et latérale de l'abdomen ». Il est, de ce fait, particulièrement utile pour les filles.

Ces jeux, d'autre part, développent la souplesse, la rapidité, l'adresse, le coup d'œil, l'esprit de décision.

A côté des jeux actifs, il y a des jeux plus calmes : le *jeu de palet*, le *jeu de boules*, le *jeu de quilles*, le *jeu de croquet*, etc., et enfin, le *jeu de sable*, qui consiste à creuser des trous, élever des tas, etc. Ces jeux demandent peu d'énergie ; toutefois, ils sont des exercices utiles, car ils font marcher, se baisser, se relever, mettent en action les muscles des membres inférieurs, du dos, des bronches, de la paroi abdominale, des membres supérieurs ; mais ils activent peu la respiration et la circulation.

D'une façon générale, les jeux « représentent, écrit Maurice Boigey, un moyen très efficace de perfectionnement physique, intellectuel et moral... Ils développent le sens musculaire, l'imagination, le raisonnement, la persévérance, l'esprit de décision et le goût de l'effort... La variété des mouvements, les changements d'attitude, les temps d'arrêt instantanés font travailler les muscles des jambes, des reins, du buste, des épaules et des bras...

« Les jeux font, pour ainsi dire, vibrer à l'unisson toutes les pièces de la machine humaine, intéressent tous les organes sans exception et retentissent même sur les actes les plus intimes de la nutrition ».

Beaucoup de jeux contribuent à développer l'*esprit de solidarité ;* ils habituent les enfants à unir leurs efforts pour obtenir un résultat, à admettre sans contrariété une discipline. Ils combattent la tendance à l'*individualisme*, tout en favorisant le développement des *individualités*. Dans les jeux collectifs, certains enfants s'affirment comme des chefs, d'autres restent spontanément dans le rang, sans qu'aucune autorité ni aucune élection n'intervienne ; la nécessité d'une hiérarchie s'impose ainsi.

Deux conditions sont nécessaires pour que le jeu ait son plein effet : le PLAISIR et la LIBERTÉ.

J'ai déjà parlé (1) du rôle que joue le *plaisir* dans l'efficacité de l'exercice. Les jeux les plus utiles sont ceux où l'enfant témoigne sa joie par des cris. « Quand la classe est terminée, écrit Herbert Spencer, le voisinage est réveillé par un concert de cris et de rires au moment où les enfants se précipitent au jeu ; et aussi longtemps qu'ils y restent, nos yeux et nos oreilles donnent témoignage qu'ils s'adonnent à cette joyeuse activité qui fait battre le pouls avec vigueur et assure le fonctionnement de tous les organes ». Le jeu suscite et entretient la gaîté. Les cris, les rires contribuent à développer la fonction respiratoire.

La *liberté* n'est pas moins nécessaire que le plaisir. On n'incite jamais par ordre les enfants à s'amuser. Il n'est besoin de personne pour leur enseigner les jeux usuels : ils se les transmettent par tradition d'une génération à l'autre ; l'imagination permet aux enfants d'en inventer.

Certes, une surveillance est nécessaire pour éviter les excès, arrêter des luttes trop vives, empêcher les accidents. Mais elle ne doit pas être apparente.

Le surveillant ne doit imposer son autorité qu'occasionnellement. Qu'il ne se drape pas dans sa dignité, qu'il observe les joueurs « avec un visage gai », comme l'a écrit Fénelon ; qu'il s'intéresse à leurs efforts et au besoin qu'il y participe.

Pour ces jeux, il n'est que faire de *professeurs de jeux*.

La DURÉE DES JEUX dépend de leur modalité et de leur intensité : celle des jeux qui consistent en un exercice actif ne dépassera pas quarante minutes dans la moyenne enfance, une heure dans la grande enfance et à l'âge pubertaire, deux heures dans la jeunesse. Ils devront être interrompus de temps en temps ; cette interruption se fait d'ailleurs spontanément.

Les joueurs seront VÊTUS légèrement pendant l'été,

(1) Voir le mémoire précédent.

plus chaudement pendant l'hiver. Quand le jeu a été intense et a provoqué la sudation, il est utile de mettre un manteau au moment où il cesse.

On tiendra d'ailleurs compte de la *température extérieure* pour le choix du jeu.

Une dernière condition est que l'enfant joue au grand air. Cette condition est difficile à réaliser dans les grandes villes ; mais, une ou deux fois par semaine au moins, les enfants doivent être conduits sur des *terrains de jeux* convenablement situés.

LES JEUX SUIVANT LES AGES

A chaque période de l'enfance et pendant la jeunesse, les possibilités physiologiques, le développement psychique, les goûts conduisent à préférer certains jeux à d'autres.

Petite et moyenne enfances. — A partir de la deuxième année et jusqu'à la septième, les enfants courent, sautent, gambadent, se poursuivent, jouent au cerceau, jouent au sable, etc., suivant l'inspiration du moment.

Grande enfance et période de la puberté. — C'est l'âge par excellence où les enfants pratiquent les jeux libres : course, saut, balle, etc. Les jeux qui nécessitent une certaine éducation ne leur conviennent guère.

Jeunesse. — Les goûts se modifient ; les jeux qui amusaient sont considérés comme enfantins. Les jeunes gens, pénétrés de leur importance nouvelle, préfèrent se promener en parlant. Il faut combattre cette tendance et c'est alors qu'il convient de les initier à de nouveaux exercices, à des modalités du jeu qu'on range dans le *sport.*

Jeux des filles

Pendant longtemps, l'usage a été de ne pas permettre aux filles des jeux aussi actifs et aussi bruyants que ceux autorisés pour les garçons.

Herbert Spencer insiste sur le contraste entre les récréations dans une *Ecole de garçons* et une *Institution de demoiselles.* Au lieu de la « joyeuse activité », qui règne dans la première, on n'entend dans la seconde ni un cri bruyant ni un éclat de rire . Les filles se promènent « un livre à la main ou en se donnant le bras... Nous n'avons jamais rien vu, ajoute-t-il, qui ressemblât à un exercice animé ».

Il ne semble pas cependant qu'il en ait toujours et partout été ainsi. J'ai cité tout à l'heure l'opinion de Fénelon. Jean-Jacques Rousseau écrit : « Les couvents où les pensionnaires ont une nourriture grossière, mais beaucoup d'ébats, de courses, de jeux en plein air et dans les jardins, sont à préférer à la maison paternelle, où une fille délicatement nourrie n'ose se lever, ni marcher, ni parler, ni souffler et n'a pas un moment de liberté pour jouer, sauter, courir, crier, se livrer à la pétulance naturelle de son âge ».

D'après Herbert Spencer, on n'autorise aux filles que des jeux tranquilles pour le motif suivant : « On pense qu'il n'est pas à souhaiter de produire un *physique* robuste... Les jeux bruyants auxquels se livrent journellement les garçons... sont interdits par crainte que des manières non distinguées soient prises ».

Aujourd'hui, on ne craint plus les jeux actifs pour les filles ; il faut cependant éviter de tomber dans un excès contraire.

Pendant l'enfance et jusqu'au début de la puberté, les filles peuvent partager les jeux des garçons. Il y a tout avantage pour leur développement et leur santé à les laisser courir, sauter, jouer à la balle, etc. Mais, pendant la poussée de croissance staturale, qui précède la puberté et commence dans la dixième année, certaines, tout au moins, ont besoin de ménagements ; elles se fatiguent facilement ; souvent, d'ailleurs, elles se modèrent d'elles-mêmes. Ly. Schreider (1) a observé, chez des élèves des écoles secondaires, pendant les périodes menstruelles, une diminution de l'activité physique dans 67 à 87 % des cas, souvent associée à une diminution de l'activité psychique.

A partir de la puberté et pendant la jeunesse, les différences apparaissent et s'accusent de plus en plus dans les possibilités physiologiques des filles et des garçons. Alors que, chez ceux-ci, les jeux qui demandent de la vigueur et de la force sont indiqués, chez celles-là les mêmes jeux ne sont pas de mise ; la plupart d'ailleurs ne les recherchent pas. Pour elles, les jeux de raquette, le tennis, la paume, le volant sont particulièrement utiles, pour les raisons qui ont été données.

Pendant les *périodes menstruelles,* beaucoup de filles peuvent jouer sans inconvénient ; mais celles qui ont des règles douloureuses ou abondantes, des ménorragies, des règles trop rapprochées doivent s'abstenir. De tout temps, on a observé que l'exercice favorisait les pertes sanguines et pouvait même faire apparaître la menstruation chez les aménorrhéiques.

III. — GYMNASTIQUE

D'après Barbier (2), gymnastique vient de γυμναστικη et ce mot de γυμνοσ qui veut dire nu. Dans l'ancienne Grèce, les gymnastes avaient le corps nu.

Pour d'autres auteurs, le mot vient de γυμναξειν, exercer. D'après le *Dictionnaire de l'Académie française,* la gymnastique est l'art d'exercer le corps pour le fortifier.

Plus précise est la définition que j'ai adoptée, en 1921, avec G. Schreiber : « La gymnastique est l'application à l'éducation physique de la science des mouvements du corps humain ». Elle s'appuie sur des bases physiologiques.

Autant le jeu recueille la faveur des élèves et des auteurs, autant la gymnastique n'a pas une bonne presse.

Les enfants ne s'y adonnent pas volontiers, pour la plupart. Les auteurs ne ménagent pas leurs critiques.

Pour Herbert Spencer, elle est inférieure au jeu « sous le rapport de la *quantité* d'exercice musculaire qu'elle fournit... et sous le rapport de la *qualité* ».

---

(1) Ly. Schreider. De l'influence de la menstruation sur le comportement des élèves des écoles secondaires. *Les Annales de l'enfance,* mars 1931, p. 937.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales* (*loc. cit.*). Tome XIX, 1817.

Marcelin Berthelot, en 1888, dans la lettre que j'ai déjà citée, écrit : on a fait une large part à la gymnastique, « mais il y manque une chose fondamentale..., la liberté, l'initiative personnelle de l'enfant ».

A. Riant, en 1889, est particulièrement sévère. « Collection d'exercices artificiels, monotones, méthodiques jusqu'à l'excès, et n'ajoutant qu'une leçon infiniment plus ennuyeuse à la série déjà trop longue et impatiemment supportée des leçons de la journée... Ecoliers et lycéens n'ont, pour leur santé et pour leurs forces, tiré qu'un bien médiocre profit d'exercices pratiqués avec dégoût et avec le plus vif désir de s'y soustraire ».

En France, la gymnastique est obligatoire dans les lycées et les collèges, depuis le décret de Victor Duruy du 3 février 1860, et dans les écoles primaires, depuis 1890.

Mais, écrivait A. Riant, en 1889 : « Il est plus facile de rendre la gymnastique obligatoire que d'obtenir, en les commandant, l'entrain, le plaisir, l'émulation salutaires, qui donnent aux jeux naturels une supériorité si grande sur tous les modes artificiels d'exercices ».

Les années ont passé et l'opinion n'a pas changé. En 1926, Maurice Boigey écrit : « Rendre la gymnastique obligatoire comme le latin, l'arithmétique ou l'histoire, n'est pas la bonne formule... Un exercice n'est vraiment hygiénique que lorsque l'enfant y prend de la joie ».

Or, « il nous est arrivé souvent, poursuit Maurice Boigey, d'être le témoin attristé de superbes leçons d'éducation physique. Cent enfants impeccablement rangés sur plusieurs rangs remuaient jambes et bras en cadence. Ils en éprouvaient manifestement un visible ennui.

« Le maître exerce ces jeunes corps comme il ferait mouvoir des machines, pièce par pièce, et dans un rythme que scandent et ponctuent les sons d'un sifflet. Une immense mélancolie se lit sur les jeunes visages ».

En interrogeant les enfants et les jeunes gens, que je vois en consultation à l'hôpital ou dans mon cabinet, je me suis rendu compte, bien des fois, que l'enseignement de la gymnastique était un mythe, aussi bien dans les écoles primaires que dans les collèges et lycées. Ils vont aux séances à contre-cœur et celles-ci n'ont aucun attrait : une fille de 14 ans, élève d'un des lycées les plus modernes de Paris, me disait récemment que la maîtresse de gymnastique donnait la leçon en tenue de ville et n'exécutait jamais les mouvements qu'elle ordonnait.

L'obligation de la gymnastique est une erreur. Il faut la réserver à ceux qui, par goût, s'y adonnent volontiers. Pour les autres, il est préférable de les laisser jouer ; ils tireront des jeux beaucoup plus de profit. Quant à ceux qui, par tempérament, par caractère, se refusent aux exercices actifs, même aux jeux, c'est par des soins médicaux et par des méthodes psychologiques qu'on pourra obtenir un résultat. J'ai cité, dans mon précédent mémoire, les observations faites à ce sujet par Paul Godin.

METHODES DE GYMNASTIQUE

La gymnastique suivant l'âge et le sexe

La gymnastique a été réglée, au XIXe siècle, par Pestalozzi, en Suisse ; Nachtigall, au Danemark ; Gusmuth, en Allemagne ; Ling, en Suède ; Clias et Amoros, en France. A ces méthodes anciennes, *méthode allemande, méthode suédoise, méthode française*, s'en sont ajoutées d'autres : *méthode naturelle* d'Hébert, *méthode d'assouplissement* de Démeny, *méthode rythmique* de Jacques Dalcrose, etc.

Le nombre de ces méthodes témoigne de la complexité des problèmes que pose la gymnastique et de la difficulté de les résoudre.

Je n'entrerai pas dans l'exposé de ces méthodes. Je rappelerai seulement quelques principes qui doivent servir de base ; ils sont subordonnés aux possibilités physiologiques suivant les âges et le sexe et aux effets qu'on cherche à obtenir.

PETITE ENFANCE. — On parle quelquefois de *gymnastique du nourrisson*. Ruffier a codifié la série des mouvements qu'on peut lui faire exécuter.

L'expression me paraît bien ambitieuse. En réalité, il s'agit d'aider le bébé dans les mouvements naturels qu'il cherche à exécuter, en lui opposant une certaine résistance, de lui mobiliser légèrement certaines articulations, tout cela en jouant. C'est de l'exercice usuel, et les jeunes mères me font sourire, quand elles me disent gravement qu'elles donnent chaque jour à leur bébé une leçon de gymnastique.

MOYENNE ET GRANDE ENFANCES, PERIODE DE LA PUBERTE. — Pour les raisons exposées précédemment, la gymnastique ne doit comprendre ni exercice de force, ni exercice de fond, auxquels l'organisme n'est pas apte ; elle ne doit pas chercher à provoquer l'hypertrophie des muscles, ce qui serait, écrit Maurice Boigey, une « erreur physiologique ».

Elle doit comprendre des *exercices de développement et des exercices éducatifs*, qui ont pour objet l'accroissement de la fonction respiratoire, en favorisant l'ampliation thoracique, le développement harmonieux des parties du corps, la correction et la souplesse des mouvements, l'éducation du système nerveux moteur.

Maurice Boigey résume de la façon suivante le *cycle de l'éducation physique élémentaire :*

6 à 9 ans : jeux d'imitation, petits jeux, attitudes éducatives et correctives, rondes, marches chantées.

9 à 11 ans : mouvements éducatifs simples, petits jeux d'émulation, marches chantées.

11 à 13 ans : adjonction de la course, du saut, du lancer, du grimper, du porter, etc.

Ce sont les mêmes exercices qu'on fera exécuter encore pendant la période de puberté.

La leçon de gymnastique comprendra, en les graduant suivant l'âge et avec un entraînement progressif :

1° Des *exercices d'assouplissement* de la tête, du thorax, du bassin et de l'abdomen, des bras, des avant-bras et des mains, des cuisses, des jambes et des pieds ;

2° Des *mouvements naturels :* mouvements ayant

trait à la marche, à la course, au saut, au grimper, au lever, au porter, à la défense.

3° *Des exercices respiratoires.*

Ces exercices n'intéressent guère les enfants ; ils finissent par devenir fastidieux. L'enfant les accomplit dans la vie quotidienne et en jouant librement avec beaucoup plus de plaisir et de profit pour son organisme.

On pourra faire, en outre, exécuter aux plus grands quelques exercices simples aux *agrès ;* mais la gymnastique aux agrès est surtout réservée aux jeunes gens.

JEUNESSE. — Après l'achèvement de la puberté, les possibilités physiologiques sont plus grandes qu'auparavant et le domaine de la gymnastique s'étend. Mais à cette période de l'existence, elle doit tenir compte des différences qui se sont précisées entre les *garçons* et les *filles.*

Garçons. — Chez les garçons, la solidité des os, le volume et la force des muscles augmentent : ils éprouvent le besoin et ont le désir d'employer leur force nouvelle, de montrer leurs muscles.

Il convient de développer leur force et leur agilité même s'ils ne doivent pas se livrer à des métiers manuels, car tous seront soldats.

Pour eux conviennent les *exercices d'application* et les *exercices de sélection,* qui comprennent la *gymnastique aux agrès* et *l'initiation aux sports.* Le chapitre suivant est consacré à ces derniers.

Il convient de tenir compte des *aptitudes individuelles.* Tous les jeunes gens ne sont pas également doués pour ces exercices ; tous n'ont pas le désir de s'y adonner et le caractère voulu pour les exécuter.

Les agrès sont les uns *mobiles,* fixés par une extrémité à un portique, libres par l'autre (corde lisse, corde à nœuds, perche, échelle de corde, trapèze, anneaux) ; les autres *immobiles* (barre fixe, barres parallèles, échelle de bois, poutre, etc.).

Ils mettent surtout en action les *membres supérieurs :* les premiers, les muscles fléchisseurs, les seconds les muscles extenseurs. Ils nécessitent l'immobilisation préalable du thorax en inspiration forcée et troublent la circulation ; ils ne concourent pas au développement harmonieux du corps ; ils demandent de la force. Ce sont des raisons pour lesquelles ils ne conviennent guère aux enfants et à la période de puberté.

Filles. — Pour les filles, il faut éviter les exercices qui ont pour objet principal le développement de la force musculaire.

La gymnastique qui convient aux garçons n'a pour elles que des inconvénients, car elle ne développe pas la partie inférieure du corps, nécessaire à l'accomplissement de la maternité. « Je n'aperçois pas nettement, écrit A. Coriveaux (1), le rapport qui existe entre la fonction sociale de la femme et les exercices des anneaux, du trapèze et des barres parallèles ».

De plus, pour Maurice Boigey, « concentrer le travail dans la région supérieure du corps serait une erreur au point de vue de la correction des formes féminines ».

A la jeune fille convient la gymnastique qui développe l'agilité et la souplesse : *gymnastique rythmique* de Jacques Dalcroze ; *gymnastique harmonique,* d'Irène Popart ; *gymnastique d'assouplissement,* de Démeny, etc. Convient également la *danse,* ou tout au moins *certaines* danses, qui a l'inconvénient d'être exécutée généralement dans des conditions défectueuses d'hygiène.

Maurice Boigey reproche à certaines de ces gymnastiques de provoquer l'émotivité sensorielle, la fatigue nerveuse, de nécessiter une grande attention. Il faut les défendre aux jeunes filles nerveuses, émotives, ou se livrant à un travail scolaire fatigant.

IV. — SPORT

Le mot *sport,* emprunté de l'anglais, « sert à désigner, nous apprend le *Dictionnaire de l'Académie française,* toute sorte d'exercices physiques, de jeux d'adresse ou de force, courses de chevaux, joutes sur l'eau, chasse à courre, gymnastique, escrime, automobilisme, etc. ».

Son acception est donc très large. On l'emploie, en matière d'éducation physique pour désigner certains exercices qui se rattachent à l'exercice usuel, aux jeux, à la gymnastique. Ce qui donne un caractère particulier à ces exercices, c'est qu'ils comportent une *compétition,* une *lutte.* Ils nécessitent un effort souvent très grand, qui peut entraîner le sportif au delà des limites de ses possibilités physiologiques et provoquer le surmenage.

Pour ces raisons, le sport ne convient pas aux enfants qui n'ont ni la vigueur, ni la résistance nécessaires.

Maurice Boigey estime qu'on peut commencer l'*initiation sportive* « aux environs de la quinzième année ». Mais ce n'est guère avant 18 ou 19 ans que les garçons (je parlerai plus loin des filles) peuvent véritablement s'adonner au sport. Le sport est surtout l'affaire des adultes jeunes.

Quand on parle d'initiation sportive, on a en vue certains jeux que nous avons déjà mentionnés et que nous allons retrouver, qu'on appelle parfois *jeux sportifs.*

En tout cas, tant que l'accroissement statural n'est pas terminé, que l'organisme est en état d'accroissement, il faut être prudent, procéder à un dosage gradué de l'exercice, pour apprécier le comportement du sujet. Un examen médical préalable et une surveillance médicale sont nécessaires.

Si la compétition est un stimulant utile, on doit cependant réserver les *concours sportifs* à une élite entraînée spécialement.

On distingue :

A. Des *sports naturels :* marche, course, saut, natation.

B. Des *sports d'application :* jeux de raquette, aviron, cyclisme, escrime, boxe, ballon, équitation, patinage.

MARCHE. — La marche est un excellent exercice usuel. Elle devient un sport, quand elle est l'objet d'un entraînement méthodique et de compétitions.

(1) A. Coriveaux. *Hygiène de la jeune fille.* J.-B. Baillière et fils, Paris, 1882.

Elle accroît les échanges et le quotient respiratoires, comme l'a montré Maurice Boigey (1). Elle exige des efforts, dont l'importance peut-être graduée, en rapport avec sa rapidité, sa durée, les difficultés dues à la nature du sol (route bien entretenue, terre labourée, sable, etc.), le relief du terrain (terrain plat, terrain montant ou descendant). Ces efforts sont augmentés par le port d'une charge (sac de boy-scout, de soldat, etc.). Ils sont accrus quand le temps est chaud et orageux, le soleil ardent, ou relativement moindres quand la température est fraîche ou même froide.

On peut la rendre intéressante en en faisant un jeu : chasse à l'homme, rallye-paper, par exemple. La chasse, qui fait beaucoup marcher en terrains variés, est un sport, à ce titre.

La marche considérée comme sport ne convient pas aux enfants ; elle occasionne assez souvent du surmenage. On rencontre des troupes de boy-scout comprenant des enfants chargés de sacs aussi gros qu'eux, les plus jeunes suivant avec peine leurs aînés et paraissent exténués.

La marche sportive doit être réservée aux jeunes gens ayant atteint le voisinage de l'âge adulte.

COURSE. — La course est un élément important de divers jeux et fait de ceux-ci un excellent exercice.

Considérée comme sport, elle constitue un exercice qui demande une dépense de force considérable, est fatigante et peut surmener le cœur.

Les courses pratiquées sont des *courses de vitesse* sur 100 à 400 mètres, des *courses de demi-fond*, sur 1.000 à 2.500 mètres, des *courses de fond*, sur plusieurs kilomètres.

On peut y associer le *saut*.

Ces courses ne sont pas recommandables pour les enfants et les tout jeunes gens. « Avant l'âge de 18 ans, écrit Maurice Boigey, il conviendra de n'aborder que des parcours restreints et de ne point lutter en compétition... Les compétitions seront réservées aux seuls jeunes hommes dont la constitution générale et notamment les fonctions cardiaques et pulmonaires seront parfaites ».

SAUT. — On pratique le *saut en longueur*, le *saut en hauteur*, le *saut à la perche*. Ils se font avec *élan*, ce qui nécessite un exercice de vitesse aussi grand que possible; ils présentent les avantages et les inconvénients de la course ; ils développent la puissance des muscles extenseurs de la cuisse. Le dernier « est, d'après Maurice Boigey, un exercice complet nécessitant une coordination parfaite des mouvements de la vitesse et de la souplesse, une grande maîtrise de soi. La musculature des membres supérieurs et du tronc doit être puissante, l'intégrité des parois abdominales complète ; les articulations doivent jouer librement et avoir leur maximum de mobilité ».

Les mêmes réserves que pour la course sont de mise quand il s'agit d'enfants et de jeunes gens.

CYCLISME. — A tous les âges, le cyclisme est un excellent exercice. Dès 6 ou 7 ans, les enfants peuvent monter à bicyclette, en jouant, sur une route plate, dans un jardin ; ils n'ont pas grand effort à faire et développent ainsi le sens de l'équilibre. Peu à peu, ils s'entraînent à faire des petites courses, puis des promenades ; mais il ne faut pas que celles-ci soient trop longues, qu'ils veuillent à toute force suivre des jeunes gens ou des adultes ; ces derniers doivent régler leur allure sur les plus jeunes. Les enfants pourront faire pendant un temps limité de la vitesse suivie d'une allure tranquille.

Les *courses de compétition* soit *de vitesse*, soit de *fond* doivent être réservées aux jeunes gens qui approchent de l'âge adulte.

Ruffier a bien précisé les règles à observer pour que le cyclisme réalise un exercice favorable : monter bas, être bien assis sur la selle, les membres supérieurs appuyés sur le guidon, pédaler avec l'avant-pied par le jeu de la cheville.

L'appui des membres supérieurs sur le guidon facilite les grandes inspirations ; aussi le cyclisme développe la fonction respiratoire et stimule la circulation.

Le cyclisme fait entrer en action les muscles du rachis, de la masse sacro-lombaire et des membres inférieurs. Il prévient et combat les déformations de la colonne vertébrale, fréquentes pendant la période pubérale et la jeunesse.

Enfin, d'après Pierre Fauvel, le cyclisme est un exercice automatique qui ne nécessite pas de travail cérébral et repose du travail intellectuel.

AVIRON. — D'après Lagrange, la manœuvre de l'aviron est un exercice excellent : elle développe l'ensemble du système musculaire, car elle fait travailler les muscles des membres supérieurs, des membres inférieurs, de la région dorso-lombaire et de l'abdomen ; elle nécessite des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, qui se répètent, suivant l'allure, vingt à quarante fois par minute. En même temps que le développement harmonieux des muscles, elle active la respiration, la circulation, la nutrition générale. L'effort qu'elle nécessite peut être gradué; quand il est intense, il stimule l'énergie et la volonté.

L'aviron apprend à exécuter des mouvements réguliers. Si le bateau est actionné par une équipe de rameurs, sa pratique demande l'esprit de solidarité, la discipline, l'émulation, l'abnégation ; l'individu doit se soumettre à la loi et à l'intérêt de l'équipe.

Comme pour les autres sports, les courses de compétition ne conviennent pas aux enfants et doivent être réservées aux jeunes gens.

NATATION. — La natation est un très bon exercice et elle a une utilité pratique. Tous les enfants devraient apprendre à nager ; savoir nager est indispensable pour manier l'aviron à cause des accidents toujours possibles.

Les modalités de la nage sont nombreuses : à côté des classiques *nages sur le ventre* et *sur le dos*, il y a la *nage sur le côté* ou *over arm strong*, la *nage alternative sur les deux côtés* ou *trudgen*, le *crawl*, qui est la grande nage de course.

La nage met en jeu tous les muscles ; elle demande une bonne respiration et favorise le développement

(1) Voir le mémoire précédent.

du thorax ; elle active la circulation et les combustions internes ; d'après Waller et Maurice Boigey, une course de 100 mètres en une minute environ décuple ces dernières.

Intervient également, l'action stimulante de la fraîcheur de l'eau et de son agitation dans le bain de mer.

Si excellente que soit la natation, il faut se rappeler que tous les enfants et les jeunes gens ne sont pas également doués. Certains enfants sont timorés ; il ne faut pas les brusquer. Certains tempéraments supportent mal l'eau froide de la rivière ou de la mer ; au bout de quelques instants, les enfants pâlissent et verdissent, se mettent à grelotter et doivent sortir ; ils n'ont pas le temps, dans ces conditions, d'apprendre à nager et le bain est préjudiciable à leur santé. Les bains de *piscine*, en eau tiède, pourraient, mais pas à tous, permettre de se livrer à la natation.

La *durée des bains* doit varier suivant les sujets ; elle ne doit pas excéder vingt minutes.

Les *championnats* seront réservés aux jeunes gens spécialement entraînés.

JEU DE RAQUETTE, JEU DE BALLON. — Ces jeux, dont j'ai déjà parlé, deviennent du sport quand ils demandent un entraînement spécial ou l'observation de règles précises.

Je ne reviens pas sur le JEU DE PAUME, le JEU DE TENNIS, auxquels il faut joindre la *pelote* basque.

Les jeux sportifs de ballon sont le FOOTBALL, le RUGBY, qui exigent de l'endurance, de bonnes fonctions respiratoires et circulatoires. Il faut pouvoir courir, sauter, s'arrêter. Ces jeux doivent être réservés à une élite de jeunes gens.

Le BALLON AU PANIER ou BASKET-BALL constitue un exercice peu fatigant.

Le BALLON DE VOLÉE ou VOLLEY-BALL est, d'après Maurice Boigey, « un excellent jeu d'équipe qui oblige les joueurs à adopter une attitude en extension ; ...recommandable pour la jeunesse ». Il contre-balance « l'attitude voûtée des élèves courbés sur leurs pupitres ».

Signalons encore le HOCKEY, qui consiste à chasser une balle avec une canne de bois dur recourbée à une extrémité ou *crosse*. C'est « le jeu d'équipe qui exige le plus de ses adeptes l'esprit de discipline », écrit Maurice Boigey ; il développe la souplesse.

ESCRIME. BOXE. — « L'escrime, écrit Lagrange, est de tous les exercices du corps le plus capable de donner aux mouvements toute l'adresse, toute la souplesse, toute la vitesse imaginables ».

Elle met en jeu non seulement tout le système musculaire, mais encore l'intelligence ; elle exige, en effet, l'attention, le sang-froid, la conception de la tactique, la rapidité de décision, l'adaptation du geste au résultat recherché, la discipline du mouvement.

Pour toutes ces raisons, l'escrime ne convient pas aux enfants et doit être réservé aux jeunes gens. Evrard (1) la considère comme un excellent exercice éducatif des aviateurs.

Chez les jeunes gens, dont la colonne vertébrale est en période d'accroissement, elle peut entraîner des déformations. Elle demande donc certaines précautions ; en outre, il est indiqué de tirer alternativement avec chaque bras, pour éviter l'hypertrophie unilatérale des muscles et une asymétrie du corps.

Pour les enfants, la BOXE est préférable à l'escrime. Elle fait travailler tous les muscles, développe l'agilité, l'adresse, la force dans une certaine mesure, les facultés intellectuelles sans exiger une forte tension de l'intelligence.

Je ne puis décrire ici d'autres SPORTS : ÉQUITATION, PATINAGE, LANCEMENT du disque, du javelot, etc.

Aux avantages directs de la pratique des divers sports, il faut joindre, pour la plupart, l'influence de l'EXERCICE AU GRAND AIR, pratiqué avec des vêtements légers. Ils permettent au sportif de prendre un véritable *bain d'air, de lumière, de soleil.*

Le sport chez les filles

Tous les sports, auxquels peuvent se livrer les garçons, ne conviennent pas aux filles.

On peut leur permettre la *marche*, la *course*, le *cyclisme*, l'*aviron*, la *natation*, les *jeux de raquette* et notamment le *tennis*, le *basket-ball*, le *volley-ball*, le *hockey*, l'*équitation*, le *patinage*.

Mais ces divers sports seront exécutés avec les ménagements nécessaires, dont nous avons parlé à propos des jeux ; on les interdira pendant les périodes menstruelles.

On défendra les compétitions sportives, qui nécessitent des efforts trop grands, susceptibles de nuire à l'organisme féminin.

V. — TRAVAIL MANUEL

Le travail manuel, dans l'enfance, n'a pas pour objet l'enseignement d'un métier ; mais il réalise un exercice éducatif, qui développe l'habileté, l'attention, l'imagination. Pendant la jeunesse, il constitue, suivant les conditions, soit un exercice de cet ordre, soit l'apprentissage d'un métier.

Le TRAVAIL MANUEL ÉDUCATIF fait partie de l'enseignement dans beaucoup de pays : en Suède, au Danemark, aux Etats-Unis, etc. En France, il est obligatoire dans les écoles primaires depuis la loi du 28 mars 1882 ; mais il n'existe que dans un petit nombre d'écoles. Les conditions nécessaires sont d'ailleurs difficiles à réaliser.

Parmi les travaux manuels, le JARDINAGE est à mettre au premier rang. D'abord, on le fait en plein air. Ensuite, il plaît aux enfants, même aux petits. Il développe l'esprit d'observation et le goût, l'émulation. Il n'est pas fatigant, et cependant bêcher, piocher, ratisser, planter, tailler demandent l'exercice de tous les muscles.

Possible à la campagne, il ne l'est malheureusement pas dans les villes.

On recommande également la MENUISERIE. D'après

(1) Médecin lieutenant EVRARD. Education physique et sportive. L'éducation physique dans l'aviation. *Archives belges du service de santé de l'armée*, février 1939.

Aksel Mikkelsen, le *sciage*, le *rabotage* favorisent grandement la respiration et la circulation. Il convient d'accomplir ces actes alternativement avec chaque main pour éviter un développement asymétrique du corps.

Le travail manuel convient aux FILLES comme aux garçons. Je n'ai pas à parler ici du *travail féminin* et du *travail ménager*, qui ne constituent pas véritablement un exercice dans le sens où nous l'envisageons.

CONCLUSIONS

L'exercice, qui est indispensable aux enfants et aux jeunes gens est facile à réaliser.

L'*exercice usuel* comprend tous les mouvements auxquels oblige l'existence quotidienne ; il ne faut pas le sous-estimer si on habitue les enfants à les accomplir sans mollesse, avec énergie.

Le *jeu* est la véritable modalité de l'exercice pour les enfants. Les jeux usuels, qui mettent à contribution la course, le saut, le lancer, qui créent le plaisir et respectent la liberté, sont les exercices les meilleurs auxquels ils puissent se livrer.

La *gymnastique* a une action beaucoup moins efficace pendant l'enfance. On lui attribue, en théorie, une importance qu'elle n'a pas, en pratique ; elle ennuie les enfants qui, la plupart, ne s'y adonnent pas avec une énergie suffisante. Elle est surtout utile pour les jeunes gens.

Les *sports*, qui sont des jeux réglementés, doivent être réservés aux jeunes gens et certains sports à une élite. Pendant la jeunesse, il s'agit surtout d'une initiation et d'une sélection, qui permettront à certains adultes jeunes de s'y adonner. Les compétitions ne sont pas à recommander.

Les *travaux manuels* ont également leur utilité.

Dans le choix de la modalité et de la conduite de l'exercice, il faut tenir compte de l'*âge*, de l'*âge physiologique* plus que de l'âge civil, du *sexe* et enfin des *capacités* individuelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1939

Présidence de M. le professeur GRÉGOIRE

M. SORREL présente trois communications dues à MM. BRETON, ESTRADE, CLIMESCO, SARHUT et SAINT-ROMAN.

Amputation des membres à l'anesthésie locale. — M. BRETON. — Sur 60 amputations, l'auteur en a pratiqué 50 à l'anesthésie locale : les plus mauvais cas ; 3 seulement de ces 50 sont morts : un diabétique, un vieillard de 99 ans, une suppuration grave.

Il faut injecter beaucoup d'anesthésique (300 à 400 centimètres cubes), injecter plan par plan, attendre dix minutes, opérer avec des mouvements doux. Dans ces conditions, l'anesthésie est parfaite et ne provoque jamais d'accidents.

Luxation en arrière des quatre derniers métacarpiens. — M. ESTRADE. — Dans un cas suivi, la réduction a été aisée, l'évolution excellente. C'est une luxation rare dont on décrit 8 cas, qui demande un gros traumatisme.

L'auteur peut obtenir une extension suffisante grâce à un « doigtier japonais », — en paille tressé — dont la traction augmente l'adhérence.

Tumeurs osseuses à cellules géantes (myéloplaxômes) traités chirurgicalement par évidement et greffe osseuse totale. — MM. CLIMESCO, SARHUT et SAINT-ROMAN. — Dans 3 cas de tumeurs à myéloplaxes et dans un cas catalogué ostéite fibrokystique. Un curettage suivi d'un greffon ostéo-périosti-rigide a été suivi de guérison durable. Il faudrait peut-être rapprocher les tumeurs à myéloplaxes des kystes osseux de l'ostéite fibrokystique. M. SORREL n'attache pas grande importance au choix d'un greffon souple ou rigide.

M. ROUBIER distingue les formes avec coque qu'on peut curetter, des formes fibreuses épaisses où une résection est nécessaire, la distinction ne se faisant souvent qu'à l'intervention.

Fin de la discussion sur le traitement des blessures du crâne. — M. DE MARTEL considère qu'en période de grande offensive avec un nombre considérable de blessés, on ne peut guère faire mieux que dans la guerre précédente.

Mais dans les périodes d'activité moindre, on doit pouvoir réaliser les conditions d'une bonne neurochirurgie avec un outillage hautement spécialisé et des chirurgiens ayant l'expérience des réactions du cerveau au traumatisme.

M. Clovis Vincent se range parmi ceux qui sont mécontents des résultats chirurgicaux des blessures du cerveau de la dernière guerre et qui estiment qu'on doit pouvoir faire mieux. Il souligne son accord avec M. de Martel sur l'essentiel.

On peut aisément réunir des neurochirurgiens compétents. Les centres neurochirurgicaux peuvent former des chirurgiens n'ayant pas encore l'expérience de cette chirurgie. Il n'est pas plus long de suturer une plaie du cerveau qu'une plaie intestinale. L'urgence de l'intervention est plutôt moins grande dans ce cas et peut se faire 24-36 heures après le traumatisme. On peut transporter le malade environ une semaine après l'intervention sans grand danger. Il faut faire ce qu'on peut : si on peut faire un un lambeau, un volet et traiter la plaie dans le même esprit qu'une plaie des membres : éplucher et faire l'hémostase.

M. Clovis Vincent présente deux blessés opérés par lui qui illustrent sa communication par de très beaux succès thérapeutiques.

Une discussion suit cet exposé sur des points de technique de fermeture du crâne et des traitements de la plaie à laquelle prennent part MM. de Martel, Clovis Vincent, Billet et Chevassu.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 31 octobre 1939

Service des eaux minérales. — M. Paul Carnot donne lecture du rapport annuel sur les travaux concernant les *eaux minérales.*

Les vaccinations obligatoires. — M. Tanon, au nom de la Section d'hygiène, dépose un rapport concernant une *proposition de loi tendant à restituer aux vaccinations un caractère facultatif.*

L'Académie a, en effet, reçu du ministre de la Santé Publique une lettre lui demandant son avis sur ce projet déposé par M. Marcel Boucher, député des Vosges.

La Commission d'hygiène de l'Académie, après avoir pris connaissance du texte de ce projet, a chargé le professeur Tanon de faire un rapport. Voici les conclusions de ce rapport ; elles sont formelles :

« *L'Académie, après examen du rapport et des conclusions du projet de loi, s'oppose dans l'intérêt de la santé publique et au nom de l'intérêt général de la nation, à toutes modifications des lois existantes* ».

Ces conclusions sont adoptées par l'Académie.

Traitement des plaies par la pyothérapie aseptique. — M. H. Vincent présente une note de MM. M. et Cl. Belin.

L'action très favorable exercée par la pyothérapie sur l'évolution des plaies, le facteur *pus* intervenant seul, a été constaté par H. Velu, puis par un des auteurs au cours de recherches sur la pyothérapie des lymphangites contagieuses du cheval pendant la précédente guerre.

Le matériel utilisé est le pus aseptique provenant d'abcès de fixation pratiqués chez le cheval. Ce pus, après contrôle bactériologique est émulsionné en eau physiologique phéniquée à 5 pour 1.000.

Le pus dilué au 1/8 est injecté au cheval à la dose de 5 à 10 centimètres cubes sous la peau de l'encolure, tous les deux à cinq jours.

Les résultats obtenus permettant aux auteurs d'envisager l'utilisation de la pyothérapie chez l'homme.

La fistule anale est généralement une maladie du sphincter anal. Importance de l'anatomie interne du sphincter. — M. G. Cabanié.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES COMPRESSIONS MÉDIASTINALES (1)

(Suite)

II. — Diagnostic de la cause de la compression chez l'adulte

I. *Un syndrome médiastinal à évolution lente* pose plusieurs problèmes étiologiques, qui, pour être résolus, nécessitent habituellement plusieurs examens complets et des explorations para-cliniques répétées.

A. — Le problème de l'anévrysme de l'aorte thoracique.

C'est le premier que l'on doive soulever, en raison de sa fréquence, de sa gravité, de la sanction thérapeutique.

Certes, il est des cas faciles où l'examen clinique est évocateur, où, sans parler même d'une *voussure* animée de battements, on perçoit un centre de battements dans l'aire précordiale, distinct de celui de la pointe, où l'auscultation fait entendre un double souffle ou un double claquement, chez un malade dont la syphilis est connue.

Mais le plus souvent les signes d'une ectasie profonde sont réduits. Il faut alors insister sur l'importance clinique.

Des signes périphériques, étude des pouls, des tensions, des indices et savoir attribuer toute sa valeur à *l'association de signes indiscutables* d'aortite (clangor s. diastolique) *avec un syndrome médiastinal.*

Le dépistage de la syphilis et les diverses autres atteintes viscérales possibles seront naturellement un temps majeur de l'examen clinique.

Le dernier mot restera cependant le plus souvent à l'*examen radiologique :* parfois il confirme avec évidence le diagnostic clinique en montrant l'ombre dense battante et expansive, qui a détruit le parallélisme des bords de l'aorte. — Mais bien souvent il donnera des images atypiques, soit que la poche anévrysmale, ancienne et sclérosée, ne batte plus, ou surtout qu'elle soit noyée dans une gangue épaisse de *médiasténite* qui en masque les contours.

Ici deux notions sont à souligner :

L'importance d'un traitement spécifique d'épreuve qui, la faisant s'atténuer, permettra une visibilité meilleure des contours.

Les renseignements précieux que pourra fournir, par l'étude et l'image des battements, la radio-kimographie.

B. — Le problème des compressions néoplasiques.

C'est le second qu'il faut envisager, quand on a pu éliminer l'ectasie.

1° Nous n'insisterons pas sur le cas d'un *cancer métastatique* succédant en particulier à un cancer du sein, où à un cancer pleuro-pulmonaire ordinaire.

2° Les seuls qui soient ici en cause, sont le *cancer pulmonaire à point de départ bronchique* et le *cancer de l'œsophage dans sa forme médiastinale.*

α *Le cancer pulmonaire dans sa forme bronchique* donne, comme l'anévrysme, un syndrome broncho-récurrentiel. Cliniquement, et avant qu'il ait retenti sur l'état général, il n'y a guère que l'abondance de l'expectoration, souvent striée de sang ou même franchement sanglante, qui oriente le diagnostic. Et c'est en fait habituellement un diagnostic :

De radiologie, qui montre l'ombre para-hilaire représentant la masse ganglio-pulmonaire, ombre très opaque, mal limitée du côté du poumon, aux contours polycycliques, strictement unilatérale — ombre qui, surtout *s'étend* à des examens rapprochés, tout en restant unilatérale.

D'autre part, l'image lipiodolée montre l'arrêt du lipiodol dans la bronche souche, impliquant la sténose.

— *Ou de bronchoscopie*, dont l'usage se répand actuellement, qui permet la biopsie et entraîne de ce fait la certitude.

β *Le cancer de l'œsophage dans sa forme médiastinale* diffère de l'aspect habituel endo-œsophagien à évolution rapide, du cancer de l'organe. Dans celui-ci, l'état cachectique terminal se produit avant qu'apparaissent les signes d'envahissement du médiatin.

Au contraire : *très latent* à son début, il n'entraîne qu'un minimum de signes fonctionnels et la dysphagie est le premier signe, et longtemps le seul, du syndrome médiastinal postérieur qui se constitue progressivement.

C'est ici encore, un diagnostic.

De radiologie : ralentissement en une zone donnée du passage de la baryte, avec, au même endroit, un accrochage pariétal de quelques parcelles opaques — défilé un peu irrégulier que surmonte une petite poche dilatée sus-stricturale.

En regard de cette zone, des ombres polycycliques d'adénopathies médiastines néoplasiques — surtout nettes sur les profils.

D'œsophagoscopie surtout, qui ici encore, permet la biopsie.

C. — Le problème des compressions ganglionnaires.

Toutes les tuméfactions ganglionnaires atteignant les groupes médiastinaux profonds et médians peuvent donner lieu à des signes de compression les plus variés.

Cliniquement, ils ont pour caractère d'évoluer assez rapidement et de s'accompagner — habituellement — à un stade évolutif, d'autres adénopathies, sus-claviculaires ou axillaires surtout, ce qui permet les examens biopsiques.

Radiologiquement elles donnent habituellement une ombre dense et homogène, accolée au pédicule vasculaire, de contour nettement *polycyclique.* Il faut savoir faire les clichés en différentes positions, et, lorsque la masse fait corps avec l'ombre aortique, et présente des battements transmis, il peut être indispensable de demander des *Kimographies.*

Etiologiquement : Ce problème est dominé par la fréquence de la *lymphogranulomatose maligne*, dans sa forme médiastinale. Aisément reconnue quand elle évolue par poussées fébriles et prurigineuses, avec éosinophilie sanguine, quand apparaissent, soit une grosse rate, soit d'autres adénopathies permettant la biopsie (cellules de Sternberg), il faut savoir qu'elle peut rester un certain temps *isolée* et alors difficilement différenciée :

Des tuméfactions ganglionnaires *tuberculeuses* ou *néoplasiques* — plus rarement en pratique, des adénopathies médiastinales de *leucémie lymphoïde*, dont seuls les examens sanguins peuvent faire la preuve (leucocytose énorme avec lymphoblastose).

— De ce cadre des compressions ganglionnaires on peut rapprocher (car c'est de lui qu'il se rapproche cliniquement et radiologiquement), les cas, assez rares d'ailleurs en clinique, de compression médiastinale.

Par tumeurs bénignes du médiastin.

Fibrome. — Kyste dermoïde. — Kyste hydatique.

Leur seule particularité est de donner radiologiquement une ombre en général bien limitée, et non extensive à des examens répétés,

Par *abcès pottique.* — Par *goître plongeant.*

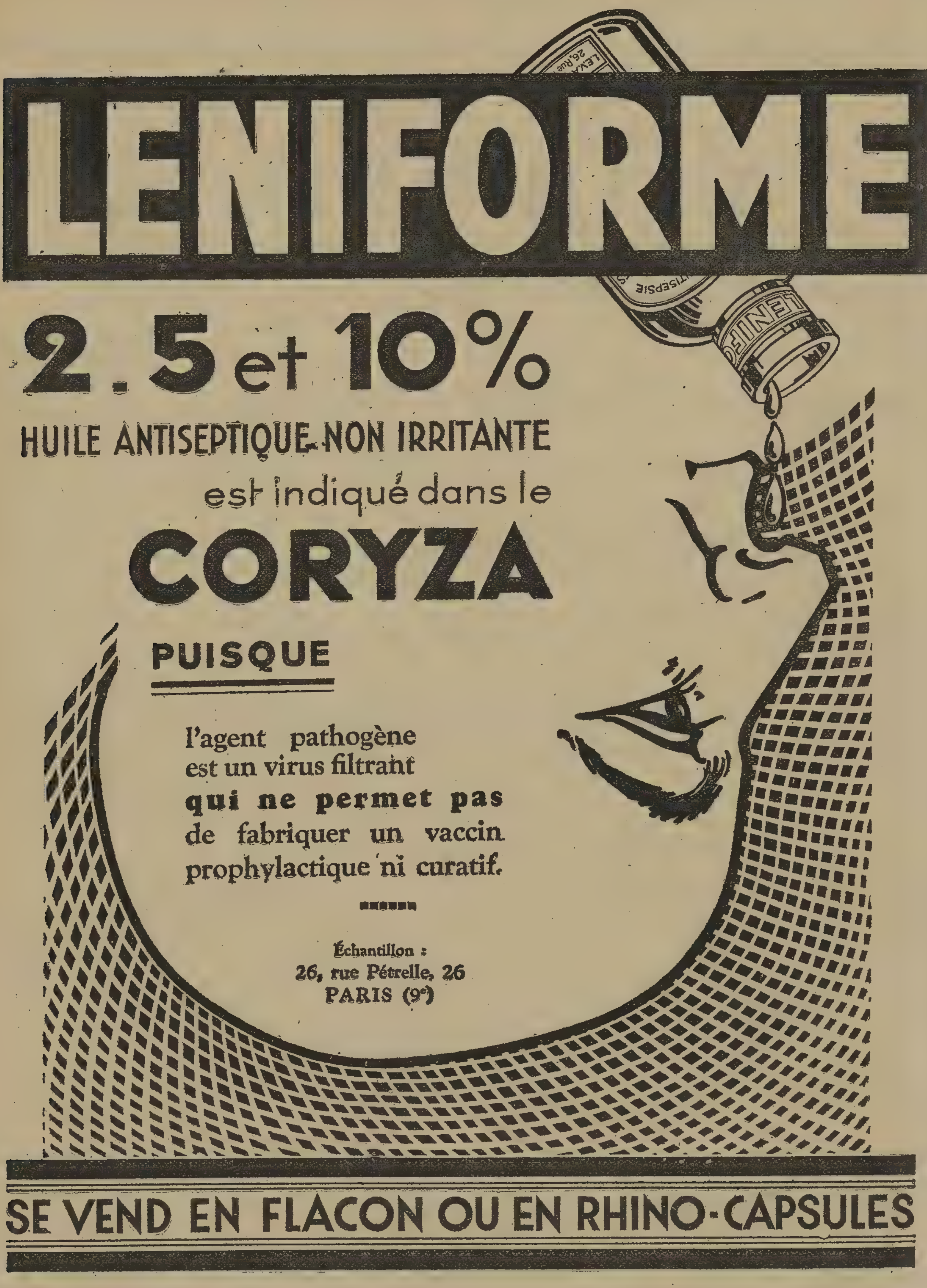
(A suivre.)

G. Le Sueur.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1939, nos 85-86.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9e)
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

N°s 91-92. — 15-18 NOVEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

Le gaz-obsession, par le professeur L. TANON.

Notes de Médecine pratique.

L'anatoxine diphtérique en médecine infantile, par L. BABONNEIX.

Sociétés Savantes.

Académie de Médecine. — Société médicale des Hôpitaux.

Congrès.

IIIe Congrès neurologique international de Copenhague, par M. Henri SCHAEFFER.

Pratique Médicale.

Médications sédatives et analgésiques.

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Université de Paris. — Au cours de la séance de rentrée de l'Université, le 9 novembre 1939, des diplômes et insignes de docteur *honoris causa* ont été remis à Sir Humphry ROLLESTON, professeur émérite de médecine à l'Université de Cambridge, ancien président du Collège Royal de Médecine de Londres et de la Société royale de Médecine, correspondant de l'Académie de Médecine de Paris, et à M. Philippe ROY, de Montréal, ancien ministre du Canada à Paris, docteur en médecine.

La séance a eu lieu en présence de M. Albert LEBRUN, président de la République, accompagné de M. Yvon Delbos, ministre de l'Education nationale.

M. le doyen TIFFENEAU a brillamment exposé les titres des nouveaux docteurs *honoris causa*.

M. le recteur ROUSSY a défini en termes éloquents le rôle de l'Université en temps de guerre ; il a salué en terminant les étudiants et les maîtres qui combattent pour que leur pays reste libre.

Université de Montpellier. — L'Université sept fois centenaire de Montpellier, au cours de sa séance de rentrée, a décerné le diplôme de docteur *honoris causa* à S. M. la reine Elisabeth DE BELGIQUE. Un hommage à la souveraine a été prononcé par M. le recteur Pariselle, auquel a répondu S. E. l'ambassadeur de Belgique, qui a donné lecture d'un télégramme de remerciements envoyé par la reine Elisabeth.

Faculté de Médecine de Bruxelles. — Notre éminent confrère Jean La Barre, chargé des cours de pharmacodynamie et de toxicologie, et membre du Comité de rédaction de *Bruxelles Médical*, vient d'être appelé à la succession du regretté professeur Edgard Zunz.

Santé Publique. — M. Gaston RAMON, sous-directeur de l'Institut Pasteur, est nommé conseiller technique sanitaire, au ministère de la Santé Publique, pour la sérologie.

Guerre. — M. le médecin principal de réserve de l'armée de mer Mazé, rayé des cadres du Corps de Santé de la marine, est nommé médecin commandant de réserve du Corps de Santé des troupes métropolitaines.

Comité consultatif de santé. — M. le Médecin général du cadre de réserve Chrétien, inspecteur des services de traitement des gazés du territoire, est nommé membre titulaire du Comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin général inspecteur du cadre de réserve Oberlé.

M. le médecin général du cadre de réserve de Vezeaux de Lavergne, chef de la section technique du Service de Santé, est nommé secrétaire du Comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin général du cadre de réserve Lahaussois.

Commission médicale des intoxications. — M. le médecin général du cadre de réserve Chrétien, inspecteur des services de traitement des gazés du territoire, est nommé membre de la Commission médicale des intoxications, en remplacement de M. le médecin général du cadre de réserve Oberlé.

Au conseil supérieur de la natalité. — Le conseil supérieur de la natalité s'est réuni le 6 novembre, au ministère de la Santé publique, sous la présidence de M. Georges Risler, assisté de M. Lefas, sénateur d'Ille-et-Vilaine, et secrétaire général du conseil supérieur de la natalité. Il a entendu l'exposé de M. Boverat sur les améliorations apportées, de concert avec le haut comité de la population, à la mise en application du code de la famille pendant la guerre. Après de nombreux échanges de vues, un vœu a été émis pour que soit poursuivie une politique efficace de la famille, et que soient reprimées les manœuvres contre la natalité.

Prix Nobel. — Le prix Nobel de physiologie et médecine a été décerné pour 1938 à M. le professeur Heymans (de Gand).

Pour 1939, au Dr Gehrard Domagk (d'Eberfeld).

Défense passive. — Le *Journal Officiel* du 7 novembre publie un décret relatif à la mise à l'abri de la population civile contre les dangers des attaques aériennes. Ce décret vise notamment l'aménagement des abris d'immeubles et la protection contre l'incendie.

Pour les tuberculeux du Bas-Rhin. — Le Comité national de défense contre la tuberculose vient de prélever une somme de 100.000 francs sur ses propres fonds, en vue de l'achat de vêtements d'hiver (culottes, gilets, cache-nez, chaussettes et chaussures) et de couvertures pour les tuberculeux et leurs enfants appartenant aux populations du Bas-Rhin évacuées dans les départements de la Haute-Vienne et de la Dordogne. En outre, désireux de faciliter le dépistage des manifestations tuberculeuses, le Comité national a mis à la disposition du professeur Vaucher, chargé de mission par le ministre de la Santé Publique, un poste portatif de radiologie.

Les dons seront adressés à Limoges et à Périgueux, au professeur Vaucher, de l'Université de Strasbourg, président de l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose.

Une Société médico-chirurgicale militaire à Marseille. — Une Société médico-chirurgicale de guerre vient de se fonder à Marseille, sous la présidence d'honneur de M. le médecin général Duguet, directeur du Service de Santé de la 15e région. Le bureau a été ainsi constitué . président : M. le professeur Léon Imbert, doyen honoraire de la Faculté de Médecine. Vice-président : M. le médecin colonel Dumoulin, médecin chef de l'hôpital militaire. Secrétaire : M. le Dr Aymes. La première séance a eu lieu le samedi 4 novembre.

Pour les enfants déficients. — *L'Œuvre des Centres Sociaux de Rééducation Gérard de Parrel* a pu ouvrir, dès le mois d'octobre, son établissement principal du 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (6e), pour les enfants demeurés à Paris. Un internat familial a été créé à Yèvres-le-Chatel (Loiret), dans une zone de complète sécurité. Ainsi, malgré la guerre, les déficients de toutes catégories : sensoriels, moteurs, intellectuels, psychiques, peuvent recevoir les soins de réadaptation dont ils sont justiciables.

Pour tous renseignements, s'adresser au siège social, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, Paris (6e). Tél. : Odéon 39-96.

Le Centre d'accueil de l'Umfia. — Une très nombreuse correspondance adressée à l'Umfia lui a suggéré d'ouvrir son siège social, du 39, rue d'Amsterdam, Paris, comme centre d'accueil.

Dès aujourd'hui, de 2 heures à 6 heures, un membre du Comité se trouvera en permanence tous les samedis, afin de donner tous renseignements confraternels à tous les médecins qui, venant d'Union médicale latine, les solliciteront. Dr Dartigues, Dr Bandelac de Pariente, Dr R. Molinéry, Dr Chauvois.

Naissance

Le Dr Pierre Bailly, de Plessis-Robinson, et Madame, sont heureux de faire part de la naissance de leur fils, Jean-François, le 31 octobre 1939.

— Le Dr Chigot, actuellement aux armées, et Mme Chigot, annoncent la naissance de leur fils, Jean-Paul.

Nécrologie

Nous apprenons avec peine le décès, survenu dans sa propriété de Villerville (Calvados) du Dr Rieffel, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, ancien chef des travaux anatomiques, membre de l'Académie de Chirurgie, expert près les Tribunaux.

Rieffel, qui a été un anatomiste éminent, était né en 1862. Interne des hôpitaux en 1884, dans la promotion d'Albarran, Pierre Delbet et Widal, puis prospecteur, il avait été nommé chirurgien des hôpitaux en 1896. En 1901, il était nommé agrégé d'anatomie en même temps que Cunéo. Chirurgien chef de service à l'hôpital Saint-Louis, il avait pris sa retraite en 1925.

C'est à lui que l'on doit notamment la création, pendant la guerre de 1914, du Centre d'orthopédie de l'armée.

Il était commandeur de la Légion d'honneur.

— Le Dr Marc Brunet, médecin de 2e classe de la marine.

Il était le fils du médecin général de la marine Brunet, à qui nous adressons l'expression de nos condoléances émues.

— Le Dr F. Boyer (de Meximieux).

— Le Dr Joseph Berchoud (de Lyon).

LE GAZ-OBSESSION

ou le danger d'une éducation imparfaite

Par le professeur L. Tanon
membre de l'Académie de Médecine

Il est inutile de créer un néologisme pour exprimer une idée aussi simple. Dans un petit opuscule satirique, le dessinateur Caran d'Ache, au moment du Panama, avait inventé le chèque-obsession, chèque d'indemnité, qui, à force d'être présenté, finissait par être accepté par lassitude. Les gaz de combat font de même. A force d'en avoir entendu parler, d'avoir été plus ou moins bien documenté par des articles de presse, le public s'est persuadé que ces gaz seraient l'ennemi n° 1. De là à croire à leur intervention au moment de toute alerte, il n'y avait qu'un pas. C'est ce qui s'est produit et pas mal de gens se sont crus récemment intoxiqués, contre toute vraisemblance et toute réalité. Ce qui est regrettable, c'est que quelques médecins aient pu les croire, et aient ainsi favorisé cette obsession.

En voici quelques exemples :

Le Dr X..., du poste de V..., signale que dans la nuit du 5 au 6 septembre, 6 personnes se sont présentés affirmant qu'elles avaient respiré des gaz ; que les yeux les piquaient ; que la peau leur brûlait, et qu'elles avaient de la peine à respirer. Il fut prescrit de la solution de bicarbonate de soude et du repos.

Le directeur des Services sanitaires de Défense passive, avec le médecin général Cot, s'est transporté au poste. Il y avait 3 femmes et 3 enfants. Tout ce monde s'était trouvé dans une maison un peu isolée, non loin d'une batterie de D. C. A., et au lieu de s'abriter, était sorti pour voir ce qui allait se passer.

L'une des femmes avait vu tomber une bombe ; un voisin également, mais sans entendre d'explosion. Immédiatement, tout le petit groupe, très inquiet, avait éprouvé des picotements à la gorge, avec toux légère et une sensation d'oppression ; sur la peau des bras et sur la figure, un peu d'irritation. Quelques nausées sans vomissements, et même un peu de diarrhée que personne n'a constatée, ont suivi.

Examinées au bout de six heures, ces personnes n'offraient rien de particulier ; la face était un peu colorée : quelques granulations se trouvaient dans le fond de la gorge ; la toux avait cessé. L'oppression avait duré une heure et s'était calmée dès l'entrée au poste de secours. Il n'y avait aucun autre symptôme. Ces malades ont été renvoyés chez eux après qu'on leur eût fait comprendre qu'ils avaient dû se suggestionner.

Il s'agit ici d'une intoxication par auto-persuasion. Ces gens se trouvaient près d'une batterie dont les gaz de déflagration avaient pu être apportés par le vent. Ceux-ci ont joué le rôle d'épine irritative : les bombes n'étaient que des culots de tir tombés à terre.

— Dans un autre endroit, et dans une rue de Paris, 16 personnes sont venues à un poste de secours, se plaignant de symptômes analogues que le médecin chef n'a pas constatés. Toutes furent, par précaution, et pour les calmer, désimprégnées, puis renvoyées chez elles. Or, voici ce qui s'était passé : un lieutenant (à ce qu'elles ont dit) les voyant à la fin de l'alerte sur le pas de leur porte, leur avait fait remarquer qu'il y avait « une drôle d'odeur » et que ce pouvait être un gaz toxique. Il n'en fallut pas plus pour déterminer une petite psychose collective, à laquelle, il faut le dire, le lieutenant ne participa point, car on ne le vit pas au poste de secours.

Dans une autre rue, étroite et mal tenue, 3 personnes respirent une odeur de fermentation, et se font traiter de même.

— Ailleurs, dans la banlieue, des gens virent descendre d'un avion invisible des ballonnets rouges qui portaient de petits paquets dans lequels était de l'ypérite. Ainsi en décrétèrent-elles. C'étaient des parachutes-signaux qui n'avaient rien à voir avec les gaz. M. Kling examina la baudruche qu'on lui remit. Ce n'était que de la baudruche. Il fallut quand même donner une solution de bicarbonate de soude pour calmer ces inquiétudes.

— Dans un grand poste, le médecin chef est alerté par un boy-scout qui prévient que les avions envoyaient des gaz. Des personnes arrivèrent, réclamant des pulvérisations de chlorure de chaux ; il fallut leur en faire ; et plus tard, elles se plaignirent de ce que leurs vêtements avaient été abîmés. On les renvoya calmées et désinfectées au bout de trois heures.

— Dans une rue encore, des gens se mirent à la fenêtre pour voir s'il n'y avait plus d'avions. L'alerte devait finir dix minutes plus tard. Un d'eux, prévint en descendant, qu'il avait senti une odeur d'ail. A sa suite, 3 personnes se précipitèrent au poste sanitaire le plus voisin. Aucune ne présenta de symptômes, mais c'est avec peine qu'on put les persuader qu'elles ne devaient rien ressentir. Autre exemple de psychose collective.

— Enfin, dans un autre endroit, un individu se plaignit très vivement de brûlures aux yeux et au visage, 3 agents l'emmenèrent au poste de secours. Là, on le désimprégna avec soin, c'est-à-dire avec un bon pulvérisateur. Les agents assistant à l'opération respirèrent l'odeur de chlore et furent convaincus que l'ypérite sortie des vêtements s'était répandue sur eux. Ils allèrent à l'hôpital, où on les soigna pour légère intoxication chlorée seulement. Autre intoxication par conviction.

Soit en tout 40 faux intoxiqués, victimes des gaz-obsession.

Quelle est la conclusion à tirer de cette petite expérience ?

C'est : 1° Qu'il est important de ne pas répandre dans le public trop de notions sur les gaz. La question est assez complexe pour ceux qui l'étudient, pour qu'on ne prétende pas la résoudre par des avis, des conseils, ou des indications thérapeutiques qui ne peuvent que troubler les esprits. Il serait désirable que la presse cessât d'en parler inconsidérément, quoique dans une bonne intention ; ainsi que de la guerre microbienne dont elle a voulu parler à un moment.

C'est ainsi qu'en a décidé le Conseil supérieur d'hygiène de France dans sa dernière séance en demandant aussi la suppression des réclames pour produits antigaz, la plupart du temps non contrôlés ;

2° Qu'il faut se défier des renseignements que donnent les personnes dans la rue et qu'il ne faut penser aux gaz que lorsque le service de détection de la Défense passive aura passé dans les rues pour prévenir les habitants. Sans cette information, on ne doit pas croire à une attaque par gaz.

3° Que les médecins ne doivent pas prendre à la légère les affirmations des faux intoxiqués, mais s'informer d'où ils viennent : savoir si là, on a réellement constaté la présence de gaz, et rassurer les gens : les désimprégner légèrement si cette simple manœuvre suffit à les tranquilliser, et surtout ne pas délivrer inconsidérément, comme cela a été fait, et même contresignés par le médecin d'une grande administration, des certificats qui risquent d'engager irrégulièrement et sans raison valable, la responsabilité de l'Etat.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

L'ANATOXINE DIPHTÉRIQUE EN MÉDECINE INFANTILE (1)

par L. Babonneix

Principes de la méthode. — Une toxine diphtérique additionnée de formol et conservée à l'étuve à 39° perd peu à peu son pouvoir toxique, sans perdre le pouvoir de floculer en présence de l'antitoxine, comme lorsqu'elle était fraîche et active. Devenue inoffensive, tout en conservant ses propriétés d'antigène, elle s'est transformée en une substance nouvelle, *l'antoxine* (G. Ramon, 1923).

Ainsi l'antitoxine :

1° *Est dépourvue de pouvoir toxique.*

On peut en injecter des doses énormes aux animaux les plus sensibles à l'action de la toxine diphtérique sans leur causer aucun dommage ; MM. Aubertin et Baudou (*Paris Médical*, 22, 1932, p. 393) ont rapporté l'observation d'un adulte atteint de diphtérie auquel on avait injecté, par erreur, 150 cm³ d'anatoxine et qui n'a éprouvé aucun dommage. M. G. Ramon, auquel nous empruntons cette citation, a été lui-même témoin d'un fait analogue ;

2° Injectée à des animaux à doses convenables, *elle provoque la formation d'antitoxine dans leur sang et leur confère une immunité active de longue durée, et que ne précède aucune phase négative* (Ramon).

Technique. — Losqu'on utilise une anatoxine possédant une valeur antigène minima de 20 unités au cm³, ce qui est le cas de l'anatoxine délivrée par l'Institut Pasteur, deux injections seulement sont nécessaires :

Une première de 1 cm³ ;

Une seconde, trois semaines plus tard : 2 cm³.

Chez les sujets à réaction de Schick négative, on se trouvera bien de faire, un an après la seconde, une troisième injection, dite *de rappel*, de 2 cm³.

Les injections doivent être faites, après asepsie très soignée de la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fosse sous-épineuse.

Les procédés consistant, soit à faire l'injection en un temps, soit à ajouter à l'injection unique, des instillations intranasales d'anatoxine, ont été condamnés par l'expérience.

Si, pour une raison quelconque, la série des injections a été interrompue, on peut la reprendre au point où on l'avait laissée, sans être obligé de la recommencer, mais il est préférable, toutes les fois qu'on le peut, de ne laisser entre les deux premières que l'intervalle ci-dessus indiqué

Les injections peuvent être faites *à partir d'un an.*

Réactions vaccinales. — Beaucoup plus rarement chez l'enfant que chez l'adulte, on voit survenir, au lendemain ou au surlendemain de la première ou de la seconde, des réactions *locales* : rougeur plus ou moins étendue avec œdème, ou *générales :* élévation de la température à 37°-39°, malaise, fatigue. Leur durée ne dépasse guère quarante-huit heures : elle est d'autant plus courte que le sujet est plus jeune ; elles imposent le repos à la chambre, sinon au lit.

Indications. — Une seule : *la prophylaxie de la diphtérie dans les familles et surtout dans les collectivités :* crèches, écoles, pensionnats, etc. A ce sujet, deux éventualités bien distinctes :

1° *Est-on en présence d'une épidémie,* on ne peut compter sur l'anatoxine, qui n'agirait pas assez vite, puisque l'immunisation qu'elle produit demande au moins cinq semaines pour être complète. On recourra donc *au sérum,* qui, à petites doses (1 cm³ de sérum concentré), immunise en trente-six heures les enfants auxquels on l'injecte. Mais comme l'immunisation ainsi produite ne dure que trois semaines, on la complètera par l'immunisation de longue durée que, seule, donne l'anatoxine. On procèdera donc de la façon suivante :

Une injection d'anatoxine de 1 cm³ ;

Quelques minutes après, une injection de sérum ;

Les deuxième et troisième injections d'anatoxine, aux dates habituelles.

2° *En dehors de toute épidémie, et, en particulier, à la rentrée des classes,* recourir à la vaccination en la réservant aux sujets réceptifs. Comment reconnaître de tels sujets ? En recourant à la réaction de Schick, qui est *positive* chez eux, alors qu'elle est *négative* chez les sujets réfractaires.

Chez les enfants de 13 mois à 7 ans, le nombre des sujets réceptifs à réaction positive est très élevé. On peut donc, sans inconvénient, les vacciner sans réaction de Schik préalable ;

Des enfants de plus de 7 ans, on ne vaccinera que ceux ayant une réaction de Schick positive.

En cas d'épidémie, on n'attendra pas les résultats de la réaction de Schick, et on vaccinera tous les enfants, compte tenu des contre-indications.

Depuis quelques années, on utilise souvent, à la place de l'anatoxine diphtérique seule, un mélange de vaccins ; les plus employés sont :

1° *Le vaccin double antidiphtérique-antitétanique ;*

2° *Le vaccin triple antidiphtérique, antityphoïdique et antiparatyphoïdique ;*

3° *Le vaccin triple antidiphtérique, antitétanique et antityphoparatyphique,*

pour l'étude duquel nous renvoyons à l'article sur les *Vaccinations associées* de M. G. Ramon (*Annales de Médecine*, 1937, n° 42, p. 381).

Contre-indications. — *Très peu nombreuses,* elles peuvent être d'ordre général : maladies fébriles, albuminurie, cachexie, etc., ou local : infection cutanée.

(1) Cf. G. Ramon. La vaccination au moyen de l'anatoxine diphtérique et la prophylaxie de la diphtérie, *Presse médicale*, n° 53, 2 juillet 1938. — Id. Quinze années d'application à la prophylaxie de la diphtérie de la vaccination par l'anatoxine spécifique, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 décembre 1938, t. CXX, n° 38, p. 738. — *Le mouvement sanitaire.* N° consacré à la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine spécifique, février 1939. — V. aussi la brochure intitulée : *Instructions sur le mode d'emploi des sérums et vaccins destinés à la médecine humaine*, publiée par l'Institut Pasteur.

L'anatoxine, en raison même de sa composition, ne contient pas de sérum. Son emploi n'est donc nullement contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection antérieure de sérum, et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum. Lorsqu'une affection que l'on soupçonne être d'origine dipthérique apparaît donc, soit au cours, soit à la suite de la vaccination, il faut agir comme si le sujet n'était pas immunisé et pratiquer, sans retard, une injection de sérum.

La tuberculose ne contre-indique nullement l'usage de l'anatoxine.

RÉSULTATS. — D'une façon générale, ils sont *excellents*. Sans doute, la méthode compte-t-elle quelques échecs. Comme tous les médecins d'enfants, nous en avons observé. Mais quelle est la vaccination qui n'en a pas ? Et certains d'entre eux ne sont-ils pas dus à ce que la méthode recommandée par les spécialistes n'a pas été suivie ?

Quant aux dangers, ils sont pratiquement inexistants, si l'on tient compte des contre-indications. A peine trouve-t-on, dans la littérature, quelques cas de purpura ou d'hématuries, et de réactions diverses, dont certaines sont dues, soit à une faute d'asepsie, soit à la méconnaissance d'une contre-indication formelle. En dix ans, dans notre service de l'hôpital Saint-Louis, et sur des milliers de vaccinations, nous n'avons pas observé un seul accident sérieux. Mêmes constatations de la part de MM. Armand-Delille, Robert Debré, Louis Martin, Loiseau et Lafaille, P. Lereboullet et J. Gournay. Ed. Lesné, J. Renault, Ribadeau-Dumas, Weill-Hallé, pour Paris ; Chalier et Mlle Rougier, pour Lyon ; les frères Mozer, à Berck ; Parisot, Melnotte et Engel, à Nancy, etc.

Nous n'ignorons pas qu'on a accusé l'anatoxine diphtérique d'avoir, chez certains enfants, déterminé des accidents mortels. Comme le Prof. Aubertin (de Bordeaux), le Prof. Cassoute (de Marseille) a fait justice de cette accusation, dans *La Pédiatrie* d'avril 1939, pp. 76-80).

Premier cas : Chez le jeune X, il semble s'être agi de méningite tuberculeuse ou d'infection à virus neurotrope. Nous disons *il semble*, car on n'a pas fait la ponction lombaire. Or, d'une part, les statistiques les plus récentes (Etienne Bernard et ses élèves, R. Debré, Huber, P. Lereboullet, Ed. Lesné) montrent l'inocuité absolue de l'anatoxine chez les bacillaires, de l'autre, il n'existe actuellement, dans la science, aucun cas de névraxite due à l'anatoxine.

Deuxième cas : Pour le jeune Y, le diagnostic de néphrite était évident, mais rien ne permettait de la rattacher à l'anatoxine, injectée sept semaines auparavant.

Troisième cas : La néphrite, indiscutable, était la conséquence, non de l'anatoxine, mais d'une rhino-pharyngite aiguë récente.

Quatrième cas : Concernant encore une néphrite mortelle, qu'il serait d'autant plus injuste d'attribuer à l'anatoxine qu'elle est survenue un an après.

Cinquième cas : Mort par diphtérie maligne survenue quelques jours après la première injection. Comment veut-on que l'immunité, qui demande cinq semaines, ait été acquise dans un délai aussi court ?

Sixième cas : Syndrome méningé mortel apparu quinze jours après l'injection. Comment conclure, puisque, d'une part, il n'y a pas eu de ponction lombaire et que, de l'autre, le confrère qui relate ce cas avoue lui-même n'avoir pas vu l'enfant ?

Avec M. Cibrie, secrétaire général des Syndicats médicaux, avec les médecins qui ont participé à la séance des *Assises médicales françaises*, consacrée à la vaccination antidiphtérique, affirmons donc l'innocuité absolue de cette méthode, et, en songeant à son efficacité, rappelons, avec M. Godlewski, qu'un journal italien ayant donné le compte rendu de cette séance, le Duce écrivit, de sa propre main, sur le numéro où avait paru l'analyse : « Il faut que nous fassions de même. »

Le Parlement, par une loi promulguée au *Journal Officiel*, les 27 et 28 juin 1938, a rendu obligatoire la vaccination antidiphtérique « au cours de la deuxième ou de la troisième année de la vie », les parents ou tuteurs étant « tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure » (1). Faut-il ajouter que l'*Académie de Médecine* comme la *Société de Pédiatrie de Paris*, ont de tout leur pouvoir, contribué à faire triompher la magnifique découverte de M. G. Ramon ?

(1) Le principe de la vaccination obligatoire avait déjà été adopté en plusieurs pays (Canton de Genève, Hongrie, Pologne, Roumanie).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1939

Rapports. — M. VILLARET dépose un rapport au nom de la Commission des *eaux minérales*. Ce rapport est consacré à l'organisation des soins à donner aux blessés de guerre dans les stations hydrominérales et climatiques.

Sur le rapport de M. LAPICQUE, l'Académie adopte une résolution relative à la *fabrication du pain*. Elle demande, notamment, que le taux d'extraction soit moins bas que ceux qui ont été récemment prescrits. Elle pense, en effet, que l'intérêt hygiénique des extractions relativement élevées s'accorde en ce moment avec l'intérêt économique auquel il avait été sacrifié.

Elle déclare, en outre, que l'introduction du germe de blé dans les farines commerciales présente des inconvénients graves, en dépit de sa haute qualité nutritive qui, d'ailleurs, perd la plus grande partie de son importance quand il s'agit de pain dans un régime varié comme le nôtre.

Protection maternelle et infantile. — MM. A. COUVELAIRE et E. LESNÉ font connaître à l'Académie de Médecine les instructions du ministre de la Santé Publique ayant pour objet de parfaire l'organisation de la protection maternelle et infantile, en particulier dans les départements d'accueil, instructions données aux préfets dans la circulaire interministérielle du 25 septembre 1939.

Cette protection est confiée à un médecin chef du Service médico-social de la Maternité et de l'Enfance, adjoint à l'inspecteur départemental d'hygiène. Ce médecin, choisi par les médecins plus spécialement compétents en pédiatrie, travaille en collaboration avec l'inspecteur de l'Assistance Publique, et, pour les enfants d'âge scolaire, avec les autorités académiques.

Suivant les besoins, il est mis à sa disposition une ou plusieurs équipes mobiles, comprenant, en dehors du pédiatre, une sage-femme et deux infirmières, dont une spécialement entraînée aux soins des enfants, et l'autre, aux questions d'ordre social.

Au nom du ministre de la Santé Publique, MM. Couvelaire et Lesné ont procédé à des inspections dans les départements d'accueil des réfugiés, et ont pu se rendre compte sur place des premiers résultats déjà obtenus par leur application.

L'Académie ne peut que féliciter le gouvernement de son initiative. Elle rend hommage aux efforts du ministre, M. Marc Rucart, et du chef de son cabinet technique, le Dr Cavaillon. Elle reconnaît les bienfaits d'une organisation, avant tout préventive, dont la nécessité s'impose dans les circonstances qui ont placé, dans les départements d'accueil, un grand nombre de réfugiés parmi lesquels plus d'un tiers sont des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants de tous âges.

L'Académie se doit d'attirer l'attention sur le danger qu'il y aurait, à l'entrée de l'hiver, à ce que les mesures prescrites ne soient appliquées qu'avec hésitation ou lenteur.

L'Académie émet à l'unanimité le vœu que M. le Vice-Président du Conseil, chargé de l'ensemble du problème des réfugiés en France, et M. le Ministre de la Santé Publique, veuillent bien continuer à faire assurer rigoureusement la stricte application des instructions données dans la circulaire du 20 septembre 1939, sur la protection maternelle et infantile, en particulier dans les départements d'accueil.

Nouvelles recherches sur la flore microbienne des plaies de guerre. — MM. Levaditi, Bréchot, Tournay et Mme Gérard-Moissonnier ont examiné, du point de vue microbiologique, par une technique à la fois simple et précise (dont ils donnent la description), 61 traumatismes de guerre (plaies des parties molles, fractures ouvertes, amputations), et aussi des corps étrangers extraits de ces traumatismes. Les examens ont porté sur des blessés évacués après avoir été traités aux armées, et furent pratiqués dès l'évacuation. Voici, résumé, les résultats enregistrés. Toutes les blessures d'évacuation étaient plurimicrobiennes, le maximum de 37 % étant représenté par les plaies à trois espèces. Le nombre des traumatismes contaminés par le streptocoque hémolytique et virulent a été considérable (58 %), donc de beaucoup supérieur à celui des blessures streptococciques examinées immédiatement, ou peu de jours après l'intervention, dans la zone des armées (19 % statistique de Levaditi, ambulance de la Panne). Il y a donc lieu de remarquer que si, à l'avenir, ce pourcentage élevé des traumatismes contaminés de streptocoque persiste, la tâche du chirurgien sera particulièrement ardue dans les zones de l'arrière. Par contre, les blessures infectées de *Perfringens* virulent et d'anaérobies en général, sont infiniment plus rares (17 %, au lieu de 41 % dans la zone des armées). Ceci prouve que lorsque les traumatismes sont précocement mis à plat et soignés comme il convient, les anaérobies finissent par disparaître et, avec eux, le danger de complications gangréneuses. Les infections locales à staphylocoque sont les plus fréquentes (85 %). En outre, les auteurs ont essayé l'efficacité thérapeutique antistreptococcique des azoïques sulfamidés (*rubiazol*), ou de la paraaminophénylsulfamide pyridine (Dagenan), administrés *per os*, ou par applicataion locale (rubiazol solubilisé), ou par ces deux techniques à la fois. Dans un certain nombre de cas, ces médications ont fait disparaître définitivement le streptocoque de la sécrétion purulente, mais dans d'autres cas, malgré l'amélioration clinique, le germe a persisté plus longtemps. Certaines observations microscopiques montre que le mécanisme de l'activité chimiothérapique de ces dérivés benzéniques sulfurés est le suivant : modification involutive du microbe, le rendant apte à être détruit par les moyens défensifs de l'organisme, en particulier la phagocytose. Le processus est d'origine endogène et non pas exogène, l'effet germicide étant indirect et non pas direct. Il n'en demeure pas moins que l'étude bactériologique de la plaie, en fonction du traitement appliqué, présente un grand intérêt. Peut-être arrivera-t-on à avoir des tests plus aisés de sa défense même. Ici encore, se manifestera la nécessité d'une collaboration étroite, dans une observation commune, du chirurgien et du bactériologiste.

Transmission de la lèpre humaine au Hamster, par voie digestive. — MM. Burnet et Jadfard.

La densité du sérum, sa teneur en protéines, en cholestérol et en cendres. — Mme Gruzewska et M. G. Roussel.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 octobre 1939

Sulfate de benzidine et durée de résistance à l'anoxémie aiguë. — MM. Binet et Strumza.

Expériences (chien et cobaye) montrant que la benzidine augmente la durée de résistance à une anoxémie aiguë. Utilisation, pour les expériences, soit des atmosphères sous-oxygénées, soit le caisson à dépression barométrique.

Syndrome de Brown-Séquard chez une tuberculeuse pulmonaire. — MM. Lechelle, Thielfry et Mlle Bareiller.

Jeune femme de 35 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire, chez qui se développe, au cours du traitement par sels d'or, une paraplégie, puis un symptôme de Brown-Séquard. Les auteurs pensent qu'il s'est agi d'une tubercule médullaire siégeant au IVe segment dorsal.

Méningite cérébro-spinale due au micrococcus catarrhalis. — Mme Chevrel-Bodin, MM. Chevrel et Guilhard.

Observation chez un enfant de 4 ans traité par injection intramusculaire de Dagenan ; le malade a présenté une amélioration rapide suivie de guérison. C'est un exemple de l'influence heureuse des sulfamides dans les affections.

Méningite otogène aiguë à « Proteus vulgaris » guérie par l'a. (p.-amino-phényl-sulfamide) pyridine (693). — MM. Mouquin, Plichet et Bouvier.

Malade, atteint d'une vieille suppuration de l'oreille, fit une méningite purulente aiguë avec hyperthermie et état comateux. On retire par ponction lombaire un liquide purulent contenant le *proteus vulgaris*, isolé, germe existant dans le pus de l'oreille. Le 693 amena une chute de la fièvre avec amélioration de l'état général. Cette médication fit disparaître le germe du liquide céphalo-rachidien et amena la guérison totale.

Myélotoxicose mortelle par arsenical pentavalent avec poussée hyperplasique médullaire transitoire. — MM. Mouquin, Sousses et Chiche.

Observation d'un cas de myélotoxicose mortelle par un arsenical polyvalent, moins riche en arsenic que le stovarsol et l'acétylan.

Evolution prolongée pendant 54 jours. Les examens du sang et de la moelle osseuse montrèrent une atteinte de tous les éléments sanguins. Vers le milieu de l'évolution se produisit dans la moelle une prolifération de myélocytes neutrophiles. A l'autopsie, ulcérations intestinales et foyers de gangrène pulmonaire.

Aspect de main hypothalamique au cours d'une maladie de Parkinson d'origine artério-scléreuse. — MM. Laignel-Lavastine et Emile Chartrain présentent un homme de 67 ans atteint depuis quelques années de syndrome de Parkinson à prédominance droite et d'origine artério-scléreuse. L'intérêt est dans l'attitude pittoresque du médius et du gros orteil droits en hyperextension presque constante et qui s'exagère dans la marche et les efforts. Particulièrement quand on ordonne au malade de fermer sa main gauche, aussitôt s'exagère l'hypertension du médius en même temps que la main s'enroule vers la face antérieure et le bord interne de l'avant-bras droit.

Cette manifestation d'une prédominance locale de l'hypertonie parapyramidale paraît rare dans le syndrome de Parkinson.

Séance du 27 octobre 1939

Un cas d'anémie pernicieuse observée chez un enfant de 6 ans. — MM. Robert Debré, Julien Marie, Maurice Lamy et G. Leroux-Lebard. — Observation d'un enfant de 6 ans atteint d'anémie de Biermer dont l'authenticité peut être affirmée grâce à la présence d'un certain nombre de critères, d'ordre clinique, hématologique et thérapeutique.

L'aspect dépapillé de la langue, la pigmentation cutanée

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

GÉNALCALOIDES — **ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE**
POLONOVSKI ET NITZBERG

LABORATOIRE DES PRODUITS "AMIDO"
A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges. — PARIS (4e)

et surtout l'existence de troubles nerveux, aphasie et abolition des réflexes achilléens étaient des signes déjà significatifs.

Le syndrome hématologique ne permettait pas le doute, car il existait une anémie sévère avec un abaissement du nombre des globules rouges au-dessous d'un million et une diminution relativement moins importante de l'hémoglobine entraînant l'hyperchromie et l'élévation de la valeur globulaire. La mégalocytose était nette et l'on notait la présence de mégaloblastes sur les lames de sang, mais surtout et de la façon la plus nette et la moins contestable, sur les myélogrammes.

De plus, l'injection d'un extrait hépatique actif permet d'obtenir un succès immédiat et véritablement dramatique : en 72 heures, le chiffre des hématies doublait, un nombre considérable de réticulocytes et de normoblastes apparaissait dans le sang circulant. En même temps, le remplacement des mégaloblastes par des normoblastes transformait l'aspect du myélogramme.

En conséquence, malgré l'absence de l'achylie, le diagnostic d'anémie de Biermer ne peut être sérieusement contesté.

Cette observation doit être tenue pour exceptionnelle : l'anémie de Biermer vraie est en effet si rare chez l'enfant que son existence, à cet âge de la vie, a été mise en question.

L'existence d'une aphasie transitoire constitue une autre particularité assez remarquable.

Enfin, la constatation d'une anémie pernicieuse chez un enfant jeune fournit l'occasion de préciser le pronostic. Elle permet d'étudier la thérapeutique dont l'application doit certainement être prolongée et qui, peut-être, doit être indéfiniment poursuivie.

Phlegmon gangréneux cervical consécutif à un abcès de l'amygdale. — MM. A. Lemierre, J. Reilly et A. Laporte. — Observation d'une femme chez laquelle un abcès amygdalé se compliqua d'un phlegmon gangréneux cervical largement et rapidement envahissant. Des incisions multiples, pratiquées 48 heures après le début, amenèrent facilement la guérison. De la sérosité mélangée de gaz putrides furent isolés un *B. funduliformis*, un *B. fragilis* et un *streptocoque*. Trois hémocultures restèrent négatives.

Les auteurs soulignent la simplicité avec laquelle le seul acte chirurgical est venu à bout de cette grave suppuration gangréneuse.

CONGRÈS

Congrès neurologique international de Copenhague

21-26 août 1939

LE SYSTÈME ENDOCRINO-VÉGÉTATIF ET SA SIGNIFICATION POUR LA NEUROLOGIE

Malgré l'heure, qui était déjà tragique, le IIIe Congrès neurologique international s'est tenu à Copenhague, comme il était prévu. Le Congrès a été présidé par l'illustre neurologue danois, le professeur Viggo Christiansen, qui compte en France tant d'admirateurs et d'amis fidèles. Les congressistes étaient au nombre de 300, chiffre énorme en raison des circonstances. La délégation française était présidée, en l'absence du professeur Guillain, par le professeur Baudouin, qui sut toujours bien dire ce qu'il fallait dire.

S. M. le roi Christian X assistait à la séance inaugurale et se fit présenter les délégués des gouvernements étrangers.

Les discussions scientifiques, dont le Dr Henri Schaeffer a bien voulu nous communiquer un excellent résumé, furent accompagnées de nombreuses réceptions dans lesquelles le gouvernement danois, le professeur Christiansen et ses collègues, le secrétaire général Knud Krabbe se dépensèrent de la façon la plus aimable.

Les Français profondément touchés par l'amitié danoise toujours si vibrante et si fidèle, tiennent à adresser ici à leurs amis de Copenhague l'expression de leur profonde gratitude.

Les médiateurs chimiques pour le système nerveux périphérique et leurs rapports avec les glandes endocrines. — M. Henry H. Dale (Londres). — La transmission des impulsions nerveuses se fait par l'intermédiaire de substances chimiques. Le fait a d'abord été démontré pour les fibres périphériques post-ganglionnaires du système autonome.

Le transmetteur parasympathique est l'acécholine, et le médiateur sympathique est l'adrénaline. Il existe toutefois des exceptions, puisque les glandes sudoripares du chat et de l'homme innervées par des fibres de la chaîne sympathique sont stimulées par la sécrétion de pilocarpine, de muscarine et d'acétylcholine, sont paralysées par l'atropine, et restent indifférentes à l'action stimulante de l'adrénaline. et à l'action paralysante de l'ergotoxine. Dans ce cas et d'autres analogues, bien que les fibres fussent anatomiquement sympathiques, leurs effets étaient transmis par la libération d'acécholine. Il convient donc de substituer à la conception anatomique une conception biochimique, et Dale propose de diviser les fibres nerveuses en deux catégories, les fibres cholinergiques et les fibres adrénergiques, suivant qu'elles sont sensibles à la libération d'adrénaline ou d'acécholine. Les recherches ultérieures de Deldberg, de Vogt, ont montré que la mise en action des fibres nerveuses motrices volontaires s'accompagnait de libération d'acécholine.

De plus, la spécialisation chimique est une propriété de tout le neurone. Cette conception de la transmission chimique de l'excitation nerveuse cadre avec la spécificité depuis longtemps connue de la régénération artificielle des fibres nerveuses.

Une question reste, celle de l'origine des médiateurs chimiques de la contraction. L'adrénaline provient des cellules chromatiques de la surrénale, qui ont la même origine embryologique que les cellules sympathiques ganglionnaires.

L'origine de l'acécholine est plus complexe. Les organes qui contiennent cette substance en plus grande abondance sont la rate et le placenta. On la rencontre encore dans la substance grise du cerveau et les ganglions centraux.

Le rôle du lobe neural de l'hypophyse semble devoir être éliminé. Il n'en est pas de même pour celle du cortex surrénal.

Les bases anatomiques du système autonome cortical et bulbo-spinal. — M. Laruelle (Bruxelles). — Ce travail très important ne saurait être résumé.

Centres corticaux végétatifs. — Ils semblent siéger au niveau de l'aire, c'est-à-dire immédiatement en avant de la zone motrice. C'est l'excitation ou l'ablation de cette zone qui a le plus souvent déclenché les réactions vaso-motrices, viscérales, sudorales.

Centres autonomes du bulbe et de la moelle. — Dans la moelle, la pras intermedia en est le siège, en particulier : dans la région thoraco-lombaire où l'on peut distinguer :

1° La colonne intermédio-interne ;

2° La colonne intermédio-externe.

Ces colonnes sont réunies par des cellulofibrilles. Peut-être faut-il rattacher aussi au système végétatif les cellules aberrantes du cordon latéral.

La colonne intermédio-interne est complètement indépendante de la colonne de Clarke, bien que voisine d'elle.

La colonne intermédio-externe est le centre pré-ganglionnaire principal de la moelle chez l'homme.

Cette disposition se retrouve à d'autres niveaux de la moelle.

Dans la moelle sacrée, la colonne intermédio-externe reparaît, l'intermédio-interne est faiblement représentée. Il existe, en plus, une longue colonne pluri-segmentaire, dont la partie supérieure a été décrite par Onuf. Cette « colonne en torsade » contient les centres de la défécation, de la miction, de la copulation, de l'accouchement.

Dans la moelle cervicale : de C à C_{III}, l'architectonie est comparable à celle de la moelle thoraco-lombaire ; de C_{IV} à C_{VII} le centre végétatif est représenté par une large plage cellulaire périépendymaire.

Le parasympathique spinal, décrit par Ken Kure, siège dans la moelle intermédiaire.

Les localisations sympathiques médullaires reposent sur les travaux d'André Thomas et de Fœrster.

Les centres végétatifs bulbaires sont situés au voisinage du plancher du quatrième ventricule : viscéro-dorsal du vague et du glosso-pharyngien, les noyaux salivaires inférieur et supérieur, et quelques noyaux d'importance moindre. Il faut tenir compte des centres sensitifs représentés par les noyaux du faisceau solitaire.

Le niveau central de la fonction autonome dans ses rapports particuliers avec les glandes endocrines. — M. J.-F. Fulton (New-Hawen). — Les réflexes autonomes sont intégrés dans le système nerveux central en tenant compte du niveau de la fonction, la complexité de l'intégration croissant à mesure que l'on va vers la partie la plus rostrale du névraxe. Simple au niveau de la moelle, l'intégration est plus complexe au niveau de l'hypothalamus, où l'on trouve des systèmes fonctionnels hautement élaborés, tels que la régulation thermique, l'œstrus, le métabolisme des hydrates de carbone, des graisses et de l'eau.

Pour que tous ces complexes fonctionnent bien, l'intégrité du cortex est indispensable.

L'innervation fonctionnelle des glandes endocrines est très riche pour chacune d'elles. Elle vient du sympathique et aussi du parasympathique. Les endocrines sont très vasculaires :

1° La pituitaire reçoit approximativement 50.000 fibres nerveuses dans la tige pituitaire venant des noyaux supra-optiques et de la région tubérienne destinées au lobe postérieur, au processus infundibulaire et au lobe intermédiaire. Le lobe antérieur reçoit des fibres de la tige et du sympathique cervical. La sécrétion des hormones hypophysaires est réglée par les centres nerveux ;

2° La médullo-surrénale reçoit son innervation des fibres pré-ganglionnaires. La cortico-surrénale ne reçoit pas de fibres nerveuses ;

3° Le pancréas et la thyroïde possèdent également une riche innervation.

Le système autonome hypothalamique a donc une haute fonction régulatrice par son action sur les diverses glandes endocrines. La régulation thermique est liée aux combustions organiques réglées par la surrénale et la thyroïde, mais également par la circulation périphérique et le frisson, qui relèvent également du diencéphale. La transpiration et la tachypnée susceptibles de faire baisser la température sont également réglées par l'hypothalamus. Toutes ces activités disparaissent quand le groupe des noyaux antérieurs est détruit.

Les centres hypothalamiques restent sous la direction du cortex, mais il n'intervient pas directement si ce n'est peut-être pour la médullo-surrénale, dans son rôle de régulation.

Henri Schaeffer. *(A suivre.)*

Association de la Presse Médicale française.

PRATIQUE MÉDICALE

Médications sédatives et analgésiques

Le bromure est le grand médicament du système nerveux, mais il est essentiel d'utiliser un bromure d'une pureté absolue, donc minutieusement préparé, comme le bromure de sodium, élément actif du sédobrol qui, on le sait, se présente sous forme d'extrait de bouillon végétal concentré. Chaque tablette de sédobrol renferme un gramme de bromure de sodium chimiquement pur et rigoureusement dosé.

Le sédobrol est indiqué chaque fois qu'il s'agit de combattre des troubles nerveux, qu'ils soient symptomatiques ou idiopathiques, aussi bien chez les adultes que chez les vieillards, les femmes enceintes et les enfants et il est particulièrement utile de connaître cette présentation originale du bromure (1 à 3 tablettes dans une tasse d'eau très chaude) qui constitue une médication particulièrement sapide et agréable.

Mais il est des cas où il est intéressant d'avoir à sa disposition un médicament qui soit plus actif et qui, en même temps, ne présente pas les inconvénients des narcotiques.

Dans les insomnies de toute origine dues au surmenage, à la préoccupation, à la convalescence, etc., dans l'angoisse, l'appréhension, l'anxiété, dans tous les symptômes hypernerveux enfin, le sédormid, à la dose de 1 à 3 comprimés dans la journée ou le soir, constitue un sédatif-hypnogène doux, nettement différent de tous les narcotiques et qui semble tout à fait inoffensif pour le cœur, le foie, les reins, etc. C'est un médicament excessivement maniable qui est toujours parfaitement bien toléré.

Dans bien des cas, la douleur conditionne l'insomnie et l'excitation, aussi est-il utile de connaître un analgésique renforcé, tel l'allonal, qui supprime la douleur, apaise l'excitation et amène un sommeil physiologique suivi d'un réveil normal.

L'allonal, qui ne contient aucune substance du tableau B, qui ne présente pas de toxicité aux doses thérapeutiques, qui, enfin, ne possède aucune action nocive sur les principaux appareils, est uniquement présenté sous forme de comprimés dont on donnera 1 à 3 par jour dans toutes les algies, névralgies, abcès, points de côté, rhumatismes, agitation, délires, etc., bref dans toutes les douleurs qui empêchent le repos et le sommeil.

Dans tous les cas d'insomnie rebelle, d'agitation excessive, de troubles mentaux et nerveux, de convulsions, de délires, etc., le somnifène a fait ses preuves. Sous forme de gouttes, il permet de donner à chacun sa dose et il constitue ainsi le plus maniable des hypnotiques. Sous forme d'ampoules, soit par voie intramusculaire ou sous-cutanée (2 centimètres cubes), soit par voie endoveineuse (5 centimètres cubes), il réalise le médicament vrai des agitations chez tous les hyperexcités.

Grâce à ces quatre médicaments, qui représentent une gamme parfaite d'actions calmantes, sédatives et hypnogènes, le médecin praticien est outillé pour lutter contre tous les cas si nombreux, dans la période actuelle, où le système nerveux est déséquilibré, mais il reste encore évidemment les syndromes où sont indiqués les narcotiques complets comme la morphine et le pantopon.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 93-94. — 22-25 NOVEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

Le syndrome d'hyperréflectivité sino-carotidienne, par André X. JOUVE.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Académie de Médecine. — Académie de Chirurgie. — Société médicale des Hôpitaux.

Bibliographie.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — *Leçon inaugurale (chaire de Thérapeutique).* — M. le professeur Charles AUBERTIN fera sa leçon inaugurale le lundi 20 novembre 1939, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera son cours les mercredis, vendredis et lundis suivant, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Sujet du cours : les médications (poumons, cœur, vaisseaux, sang, tube digestif, foie, reins, système nerveux).

— *Cours de pathologie expérimentale et comparée.* — M. le professeur Henri BÉNARD fera sa *leçon inaugurale* le mardi 28 novembre 1939 au grand amphithéâtre de la Faculté et continuera son cours les jeudi, samedi et mardi suivants, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté.

Programme : *glandes endocrines.*

— M. le professeur TANON fera son cours à 17 heures au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, les mardis, jeudis et samedis (au lieu de 18 heures).

— M. le professeur MONDOR fera son cours à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis (au lieu de 17 heures).

Centre anticancéreux de Montpellier. — Par arrêté en date du 3 novembe 1939, M. le Dr Lamarque, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier, a été nommé directeur du centre anticancéreux de cette ville.

Ministère de l'Education nationale. — Le *Journal Officiel* du 10 novembre 1939 publie un *arrêté autorisant, sous certaines conditions, les étrangers à se présenter, en surnombre, au concours de l'agrégation des Facultés de Médecine.*

Voici le texte de cet arrêté. On remarquera *qu'il entre en vigueur au concours d'agrégation de 1939.*

« Le ministre de l'Education Nationale :

Vu les arrêtés des 31 juillet 1934 et 14 août 1935 relatifs à l'agrégation des Facultés de Médecine.

Le Conseil supérieur de l'Instruction Publique entendu :

Arrête :

Art. 1er. — Les articles 6, 17 et 21 de l'arrêté du 21 juillet 1934 sont complétés comme suit :

Art. 6. — Toutefois, peuvent être admis à subir les épreuves du concours les candidats de nationalité étrangère dans les conditions suivantes :

1° Avoir fait pendant deux ans au moins dans une Faculté française un stage soit comme étudiant régulièrement inscrit, soit comme travailleur dans un laboratoire, soit comme attaché à titre permanent à au moins un service de clinique. Ce stage est constaté par une attestation du doyen de la Faculté ;

2° Prendre l'engagement, sous peine de déchéance du titre d'agrégé, de n'utiliser ce titre pour l'exercice d'aucune profession lucrative en France, en Algérie et dans les colonies ;

3° Etre proposé par le doyen de la Faculté (ou des Facultés) où le stage a été accompli et avoir obtenu l'avis favorable d'une commission instituée par le ministre de l'Education Nationale pour examiner les titres des candidats. Dans cette commission, le ministre des Affaires étrangères est représenté.

Art. 17. — Les candidats de nationalité étrangère sont admis en surnombre. Ils ne peuvent être proposés pour le

titre d'agrégé que si, dans la liste dressée par ordre de mérite, ils sont classés au moins *ex æquo* avec le dernier candidat français admis.

Art. 21. — Les candidats de nationalité étrangère sont institués sans affectation à aucune Faculté ou Ecole en France, Algérie et colonies. Le titre d'agrégé obtenu en application des dispositions du présent arrêté ne donne en aucun cas le droit d'exercer les fonctions d'agrégé dans une Faculté ou Ecole de Médecine en France, en Algérie et aux colonies.

Art. 2. — Le présent arrêté entrera en vigueur au concours d'agrégation de médecine de 1939.

Art. 3. — Le directeur de l'Enseignement supérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 9 novembre 1939. Yvon Delbos ».

Maisons de santé de la région parisienne demeurées ouvertes. — Le Syndicat des maisons de santé privées et des sanatoria de la région parisienne a pensé être utile aux malades et aux médecins de cette région en établissant une liste des établissements affiliés à ce syndicat qui sont actuellement demeurés ouverts.

Des exemplaires de cette liste seront déposés au siège des différents syndicats médicaux où l'on pourra se les procurer.

En outre, le secrétaire du syndicat, Dr Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise), en enverra aux confrères qui lui en feront la demande.

BIBLIOGRAPHIE

Nous voulons signaler — bien qu'écrit en Anglais — le livre tout récent que le Dr G.-M. Blech, de Chicago, Médecin consultant au Westlake Hospital, grand ami de la France et major sur notre front pendant la dernière guerre, a publié à l'*Oxford University Press*, sous le titre *Clinical Electrosurgery* (416 pages, 34 illustrations, prix : $ 4, 114, Fifth Avenue, New-York) avec la collaboration des docteurs Colwel et Windeyer, du Middlesex Hospital de Londres.

Ce volume est destiné aux chirurgiens qui désirent s'initier aux techniques opératoires où les courants de Haute Fréquence sont appelés à remplacer bistouris et oiseaux. L'auteur a réussi à présenter chaque partie de son sujet de façon si claire qu'il devient des plus aisés de triompher des difficultés techniques grâce aux notions et conseils de bon emploi répandu en ce traité.

Les Fiches de Pratique médicale préparent pour 1940 une « collection de fiches », sous la très haute autorité scientifique du médecin général Worms, directeur du Val-de-Grâce.

Toutes les questions à l'ordre du jour qui peuvent intéresser nos confrères mobilisés et les autres paraîtront dans cette collection de fiches. (Abonnement 1940 : 75 francs. C. C. Postal : Montpellier 245 76.)

Les Fiches de Pratique médicale, 17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier.

Formulaire de la Quinine (2e édition), édité par le *Cinchona-Instituut*, d'Amsterdam, envoyé gratuitement sur demande adressée à Cinchona-Instituut, Boîte postale 215, à Amsterdam (Pays-Bas).

Le siècle à venir, par C.-C. Furnas. *L'avenir de la la science.* Traduit de l'anglais par A. M. Petitjean. Un volume in-16 petit jésus. Prix : 40 francs. Editions de la *Nouvelle Revue Française*, 43, rue de Baune, Paris (7e).

A. B. C. de la défense passive par M. André Mesureur, docteur en droit, ancien sous-directeur et receveur honoraire de l'Administration Générale de l'Assistance Publique. Suivant les programes du décret du 6 mai 1939 pour l'enseignement primaire et le 2e degré (Enseignement secondaire, administration, etc.). Un volume (21,5 × 13,5), 32 pages, 7 figures, 1939. Prix : 6 fr. 50. Vigot Frères, éditeurs, Paris.

Le numéro de juillet du **Bulletin de l'Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve**, 7 *bis*, villa Eugène-Manuel, Paris (16e), a été entièrement consacré aux gaz de combat.

Ce Bulletin présentant un très grand intérêt a été tiré en quantité suffisante pour que tous les médecins de réserve qui ne sont pas encore membres de l'U. F. N. M. R. puissent le recevoir en adhérant.

Cotisation : 30 francs par an.

Chèques-postaux : Paris, 254-45.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 13 novembre. — Jury : MM. Baudouin, Lœper, Lemierre, Bénard, Troisier. — MM. Roch, Gérard, Bryt, Barré Yves, Stévenin, Barbezieux, Marchon, Prost, Minot, Vila, Dreyfus, Picot, Larmignat, Renault Louis.

Mardi 14 novembre. — Jury : 1° MM. Tanon, Lemaitre, Laubry, Velter. — MM. Najdof, Bourgin, Ngo Tu Thanh, Auregan, Le Vern, Van der Ecken, Bertrand Victor, Marguet, London, Vahamian Pogosssian, Caillaud, Bourhy, Adda, Mme Vincent Germaine, Dessensé, Solnier, Mme Auffret, Sicard, Chapuis.

Jury : 2° MM. Nobécourt, Lereboullet, Gougerot, Duval. — MM. Nouaille, Guiard, Ferial, Vasquez, Sourdille, Elman, Collomier, Savouret.

Jury : 3° MM. Laignel-Lavastine, Mocquot, Binet, Carnot, Debré. — MM. Oquet, Rintzler, Mme Buvat-Pochon, Lamaire, Williamson, Douay, Le Bihan, Vialard, Goudon, Fenis, Cailleteau, Goldonski, Dounois, Mathias, Chenille, Scror.

Mercredi 15 novembre. — Jury : MM. Gosset, Aubertin, Clovis Vincent, Chabrol. — MM. Le Bourhis, François, Kerjean, Maillard, Luce, Remert, Aschekenasy, Gaulier, Ronnefort.

Jeudi 16 novembre. — Jury : MM. Tiffeneau, Jeannin, Guillain, Cunéo. — MM. Banciu, Peluchon, Dufraîche, Truet, Le Seigle, Maille, Bidault des Chaumes, Moreau.

N. D. L. R. — *Les sujets de thèse ne sont pas indiqués.*

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine la mort de Mlle Marthe Condat, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse. Après avoir été interne des hôpitaux de Paris, en 1910, elle s'était présentée à l'agrégation et avait été la première femme reçue à ce concours.

Elle s'était surtout consacrée aux maladies des enfants. Elle était membre de la Société de Pédiatrie.

— On annonce le décès, à Maule, du Dr Didsbury, de Paris.

— Du Dr Pupier, ancien chirurgien adjoint à l'hôpital français du Caire.

REVUE GENERALE

LE SYNDROME D'HYPERRÉFLECTIVITÉ SINO-CAROTIDIENNE

Par André X. Jouve

Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Marseille

Mis à l'ordre du jour par les physiologistes, le sinus carotidien devait rapidement solliciter l'attention des cliniciens. Avec des fortunes diverses, on a essayé de mettre en évidence un trouble de sa régulation dans plusieurs affections connues : hypertension artérielle, hypotension artérielle, épilepsie commune, crises vaso-vagales, « angina pectoris vaso motrix ». Les tentatives poursuivies en ce sens ne sont pas toujours convaincantes. Par contre, il semble bien que le syndrome d'hyperréflectivité sinusale ait conféré au sinus carotidien ses lettres de créance en pathologie.

Avant même que les propriétés de la zone sino-carotidienne aient été reconnues, divers faits ont été publiés, qui paraissent relever de ce syndrome. Concato, dès 1870, Zoia, Blanton et Blanton, Gainsbourg, Hénius rapportent des exemples de syncopes liées à une sensibilité anormale de la région latéro-cervicale. Mais l'importance de la région sinusale n'est pas toujours mise en lumière.

A la suite des recherches de Héring, Heymans, Danielopolu, Bénard, F.P. Merklen, l'exploration de la région sino-carotidienne fut systématiquement poursuivie en clinique, notamment par Koch, Mehrmann, Mandelstamm, Lian, Danielopolu, Loeper et leurs collaborateurs. Mais c'est à Roskam que revient le mérite de la description du syndrome nouveau : une observation, aujourd'hui classique, publiée le 30 avril 1930, par *La Presse Médicale*, établissait avec une éloquente précision ses caractères essentiels.

Trois ans plus tard, la description de Roskam est reprise en Amérique. Dans une série de publications, qui vont de 1933 à 1937, Weiss et ses collaborateurs, Baker, Capps, Ferris, Munro, ont établi, sur la base de près de 70 observations personnelles, une étude physio-pathologiques très poussée du syndrome. De nouvelles publications, dues à Moser et Feinstein, Smith et Moersch, Freedberg et Le Roy-Sloan, Paul C. Bucy, Robinson, Smith, Stern contribuent à rendre les faits cliniques d'hyperréflectivité sino-carotidienne familiers au public médical d'outre-Atlantique. En Europe, par contre, les cas observés sont beaucoup plus rares. Nous ne pouvons guère citer que ceux de Wenckebach, Mahaim, de Brun, Prusik et Herles, Ferraro, Branderburger, A. Jouve, J. Vague et M. Jouve. Une thèse récente a été consacrée à l'étude du syndrome ; nous lui ferons de larges emprunts.

La *fréquence* de ces faits est difficile à apprécier. Pas plus que l'indigence de la littérature de langue française, où ne figurent que quatre observations, la richesse de la documentation américaine, poursuivie dans des conditions exceptionnellement favorables, ne peut donner une idée exacte des circonstances cliniques. Signalons simplement que la description du syndrome repose aujourd'hui sur l'étude de plus de 100 observations. L'*âge* est, en général, assez avancé. Dans une statistique de Weiss, Capps, Ferris et Munro, portant sur 52 sujets, l'âge moyen est de 45 ans. Le sujet le plus jeune a 13 ans, le plus âgé 74 ans. Le *terrain* est bien spécial. Souvent, l'examen révèle une lésion locale : tumeur du corpuscule carotidien, adénite cervicale, hypertrophie parotidienne, dilatation ou sclérose locale du sinus. Plus souvent encore, il existe une affection générale. Mentionnons au tout premier rang les troubles cardio-vasculaires (cardiopathie compensée ou décompensée, aortite, hypertension, artério-sclérose). Viennent ensuite les dystonies végétatives (Weiss, Capps et Ferris), les troubles vasomoteurs des extrémités (syndrome de Raynaud, acrocyanose), les incidents de la ménopause, l'intoxication digitalique.

Les *circonstances d'apparition* sont particulièrement caractéristiques. Dans la règle, les incidents surprennent le sujet en position debout ou assise. Souvent, après une première chute, la crise se reproduit lorsque le malade, se sentant mieux, tente de se relever. Très exceptionnellement, c'est au contraire le décubitus dorsal qui provoque une sensation de constriction cervicale, de soif d'air.

La cause immédiate des incidents est représentée habituellement par un traumatisme de la région cervicale (Concato), par une striction telle que la réalise un col dur (Roskam, Wenckebach) ou plus simplement encore par un mouvement brusque de la tête dans le sens latéral (Branderburger) ou vertical : pour ramasser un objet, consulter une affiche un peu haut placée, peindre un plafond, suivre de l'œil un avion. Parfois, la crise est déclenchée par un effort, qui réalise un à-coup d'hypertension (Roskam).

Parmi les circonstances favorisantes, mentionnons : la fatigue, les chocs émotionnels, la menstruation. La compression de la région sino-carotidienne est susceptible de reproduire les incidents spontanés. C'est là un caractère essentiel du syndrome. Le plus souvent, un sinus apparaît électivement, ou même exclusivement, hypersensible.

Les *manifestations de la crise* sont d'ordre nerveux, circulatoire, respiratoire, digestif. La possibilité de réaliser à volonté une crise par la C. S. C. a permis une étude détaillée de ces symptômes.

La crise peut être précédée de sensation d'étourdissement, de faiblesse, de chute imminente, plus rarement de paresthésies unilatérales, de secousses musculaires et même de convulsions, de sueurs soudaines accompagnées d'une sensation de frilosité, de somnolence, d'amnésie. Parfois, la crise avorte et se limite à ces malaises. Mais, en d'autres cas, il n'y a pas de symptômes prémonitoires et la perte de connaissance est brutale. Tour à tour, les deux éventualités peuvent s'observer chez le même malade.

Les crises mineures consistent en malaises transitoires, éblouissement, vertige. Dans les formes habituelles, il y a perte de conscience, avec ou sans convulsions. La perte de conscience dure de quelques secondes à trois minutes. Elle peut être suivie d'une phase d'hébétude (M. Jouve), d'angoisse avec peur de mourir (Roskam), d'anéantissement pendant tout le jour

(Weiss). Les convulsions sont le plus souvent généralisées. Par pressions graduées, il est possible de produire les convulsions d'un seul côté (Freedberg et Le Roy-Sloan). Elles sont suivies, à titre exceptionnel, d'une phase comateuse. Bien qu'observées en quelques cas, la morsure de la langue, l'incontinence d'urine ne font pas partie du tableau habituel du syndrome. Dans la règle, il n'y a pas de séquelles : de Brun signale la persistance d'une hémiparésie brachiale, mais seulement durant les heures qui font suite à une syncope.

L'étude des tracés électriques recueillis pendant la crise montre tantôt un simple ralentissement du rythme cardiaque, tantôt une pause plus ou moins longue ; cette éventualité est particulièrement fréquente dans les formes graves du syndrome. Les modifications des images électriques sont peu importantes (aplatissement ou inversion de P, diphasisme ou inversion de T), La tension artérielle baisse habituellement; elle peut devenir imprenable. Une poussée hypertensive transitoire lui fait suite. En dépit de la pause cardiaque, la pression veineuse est à peine modifiée (M. Jouve).

La décoloration des téguments est habituelle au cours de la crise. On a signalé cependant une rougeur paradoxale (Weiss), ainsi que du larmoiement, des fourmillements et engourdissements des extrémités.

Dans les cas les plus caractéristiques, on observe une phase d'apnée, habituellement fort brève (quelques secondes, mais susceptibles de se prolonger plusieurs minutes) et suivie d'une phase d'hyperpnée en général sensiblement plus longue. On a signalé également des soupirs, de la toux. Il est encore possible de noter des douleurs épigastriques avec baillements, nausées, éructations, vomissements (Weiss), parfois même coliques avec défécation (Stein).

Le métabolisme basal a été trouvé abaissé par Ferris, Capps et Weiss chez un certain nombre de leurs malades, sans aucun signe de myxœdème. M. Jouve signale une hypercalcémie (0,135 milligrammes) et, dans la mesure du coefficient d'épuration sanguine pour la créatinine, un résultat comparable à celui des hypertendus (élévation du coefficient en position debout). La compression répétée du sinus a déterminé une élévation plus importante encore du coefficient.

Sur la base de cette étude analytique, il est possible d'opposer deux modalités cliniques essentielles.

Les *formes graves*, particulièrement étudiées par les auteurs américains, réalisent un tableau clinique impressionnant. Parfois, les incidents sont espacés de quelques jours à quelques semaines. Mais parfois aussi les crises se reproduisent plusieurs fois dans la même journée, et peuvent avoir une allure subintrante. Il semble, observait déjà Roskam, que les sinus carotidiens sensibilisés réagissent de façon excessive, par un réflexe cardio-inhibiteur et dépresseur absolument disproportioné, au retour d'une pression carotidienne élevée. Un malade de Freedberg et Le Roy-Sloan, se levant d'un fauteuil, est terrassé par une crise qui s'accompagne de contractures des quatre membres et de convulsions. Cette crise cependant est courte. Bientôt le malade peut s'adresser à son entourage, il se lève et aussitôt s'effondre pour une nouvelle crise. A la suite d'un seul attouchement des régions carotidiennes, alors qu'il demeurait immobile et couché, le malade de Roskam présenta six syncopes de gravité et de durée décroissantes.

Les crises sont, en général, intenses : le tableau séméiologique est dominé par les incidents nerveux (syncope et convulsions) ; pauses cardiaques, troubles respiratoires, malaises digestifs sont rejetés plus ou moins dans l'ombre. Cette physionomie clinique peut être telle que l'on croit à l'épilepsie. La répétition des incidents interdit, en certains cas, toute activité ; elle constitue une menace qui pèse lourdement sur l'avenir.

A ces formes sévères, sur lesquelles une séméiologie dramatique appelle inévitablement l'attention, s'opposent les *formes frustes*, qui sont dans la règle des découvertes d'examen.

Les manifestations spontanées sont discrètes : un interrogatoire attentif permet de retrouver simplement quelques incidents lipothymiques souvent engagés fort loin dans le passé, des vertiges, de brèves syncopes au cours de l'effort, ou survenues dans des circonstances bien particulières : un malade de de Brun s'était évanoui à plusieurs reprises, cependant qu'il boutonnait son col. Parfois aussi, ces incidents sont accompagnés de troubles discrets, mais remarquables par leur caractère permanent. Un malade, dont l'encolure est de 40, a toujours choisi des cols de modèle 42, car la moindre constriction cervicale détermine aussitôt un malaise avec pâleur et soif d'air ; il ne peut s'allonger tête basse sans éprouver un malaise du même ordre. Ainsi, bien que discret, le trouble réflexogène se révèle par des traits cliniques durables qui constituent un utile appoint pour le diagnostic.

Les incidents paroxystiques ont une allure assez spéciale : ici, les perturbations circulatoires occupent une place majeure, et l'incident se résume à un malaise difficile à définir, un vertige, une syncope ; les convulsions font habituellement défaut. D'autre part, ces incidents sont isolés ; la perturbation n'a pas de tendance évolutive.

Mais, quelle que soit la discrétion habituelle des manifestations spontanées, la C. S. C. réalise dans ces formes frustes, aussi facilement que dans les formes graves, des perturbations circulatoires nettement disproportionnées par rapport à l'intensité de l'excitation.

De telles formes, on le conçoit, sont exceptionnellement identifiées. Seule, une exploration systématique de la zone réflexogène sino-carotidienne permet de les mettre en évidence. Leur connaissance, cependant, n'est pas inutile, en raison des accidents auxquels les crises peuvent donner lieu, en raison aussi des conséquences que peut avoir l'hyperréflectivité sinusale sur divers organes, et notamment sur le myocarde.

Les *modalités d'expression physio-pathologiques* ont permis à Weiss, Capps, Ferris et Munro, d'isoler trois types bien définis :

a) Dans le *type vagal*, l'excitation du pneumogastrique, prépondérante, détermine un arrêt du cœur ou un bloc A. V. Il en résulte une chute de la T. A.

et une anoxémie cérébrale, cause immédiate des manifestations nerveuses. L'atropine, l'adrénaline s'opposent à ces troubles. L'acétyl-β-méthylcholine majore la perte de connaissanve et le bloc A. V. La digitaline majore également les troubles cardiaques, mais inhibe en outre la réaction cérébrale, par action sur le sinus lui-même ou sur les centres nerveux. Le cyanure de sodium provoque un ralentissement des contractions cardiaques.

b) Le *type dépresseur* est lié à un réflexe vaso-dilatateur qui entraîne une chute de la T. A. La diminution de la vascularisation cérébrale est ici encore la cause immédiate des manifestations nerveuses. Par son action constrictive sur les petits vaisseaux, l'adrénaline fait avorter les crises. L'atropine, par contre, est sans action. Les drogues hypotensives atténuent le réflexe dépresseur, probablement en diminuant le tonus des vaisseaux périphériques.

c) Le *type cérébral* paraît être la conséquence d'incitations nées dans le sinus et gagnant directement les centres végétatifs hypothalamiques. Il est caractérisé par des crises nerveuses habituellement fort brèves, sans modifications du rythme cardiaque ou de la T. A., et résistant à l'action de l'adrénaline et de l'atropine. Seule, l'infiltration anesthésique du sinus rend inefficace l'excitation locale.

Sur 66 cas, Ferris, Capps et Weiss relèvent 19 cas du type vagal, 3 cas du type dépresseur, et 34 cas du type cérébral. Ils signalent la fréquence relative des formes mixtes : il s'agit là de types prédominants, mais non exclusifs.

Pour peu que l'on songe au syndrome d'hyperréflectivité sino-carotidienne, le *diagnostic* doit être assez aisément orienté. On fera état des caractères cliniques de la crise et de la reproduction des incidents spontanés par la C. S. C. La contre-épreuve, représentée par la compression de la carotide primitive en amont du sinus et par la compression des globes oculaires permet d'éliminer l'intervention de l'ischémie cérébrale et des dystonies végétatives.

Certains auteurs estiment que les crises dites du type cérébral pourraient être rattachées à l'hystérie. Mais Capps a montré que la cocaïnisation abolit le réflexe de type cérébral, qu'une injection de sérum physiologique ou la compression d'une autre région du cou, demeure sans effet. La crise peut d'ailleurs être déclenchée par C. S. C. alors que le patient est soumis à une anesthésie générale.

Dans les formes graves, le sujet se présente souvent comme un épileptique. Il ne semble pas cependant que la confusion puisse être faite avec l'épilepsie commune si l'on songe à pratiquer la C. S. C. Comme l'ont montré Weiss et ses collaborateurs, Freedberg et Le Roy-Sloan, Lennox, il est habituellement impossible de provoquer, chez les épileptiques avérés, une crise nerveuse par la C. S. C. Marinesco et Kreindler concluent même à l'existence, chez les épileptiques, d'une hyposensibilité sino-carotidienne qui expliquerait l'instabilité de la T. A. et des réactions vasomotrices observées chez ces malades.

Le diagnostic avec l'hypotension orthostatique est plus délicat : les circonstances d'apparition, les manifestations cliniques peuvent être fort comparables. Il existe, cependant, un critère de certitude ; c'est la mesure de la tension artérielle en position debout et couchée complétant les données de la C. S. C. Dans le syndrome d'hypotension orthostatique, l'écart tensionnel n'est pas inférieur à 4 centimètres d'eau. Il peut atteindre 8 centimètres (Laubry et Doumer), 10 centimètres (Lian et Blondel). La réflectivité sino-carotidienne est normale (Lian et Blondel, Merklen), ou diminuée (Ferris, Capps et Weiss, Agostini). Dans le syndrome d'hyperréflectivité sino-carotidienne, les modifications tensionnelles orthostatiques sont habituellement normales (Ferris, Capps et Weiss, M. Jouve) cependant que la C. S. C. est caractéristique.

L'étude systématique, en clinique, de la C. S. C. pose un nouveau problème : quelle différence établir entre un réflexe pathologique (dissociation A. V., pause cardiaque, syncope et parfois convulsions) et le syndrome d'hyperréflectivité sinusale ?

Avec M. Jouve, nous réserverons ce nom aux « faits cliniques dans lesquels l'hyperréflectivité est isolée, ou du moins prédominante, nette, durable, et détermine spontanément des troubles assez accusés pour que le malade en ait conscience ». La discrimination paraît d'autant plus légitime que les réponses anormales incidemment observées conduisent à incriminer tour à tour les divers étages du réflexe (elles sont souvent la conséquence de troubles coronaro-myocardiques latents), et non la seule région sinusale, point de départ de l'excitation.

Le *traitement* s'inspire, dans une large mesure, des indications physio-pathologiques. Toutes les fois que cela est possible, un traitement étiologique doit être institué : Roskam s'est attaqué avec succès à une crise hypertensive. Weiss, Capps et Ferris ont obtenu la disparition des troubles en traitant une adénite tuberculeuse, une syphilis nerveuse, en corrigeant une déficience alimentaire, une thérapeutique digitalique intempestive. A défaut d'une indication étiologique précise, le traitement sera d'intention pathogénique. L'atropine, l'adrénaline, l'éphédrine, la benzédrine ont permis à Weiss et ses collaborateurs, à Freedberg et Le Roy Sloan, Smith, Robinson de remarquables succès. En cas d'échec, et plus particulièrement dans les formes du type cérébral où le traitement médical est habituellement impuissant, l'énervation sino-carotidienne paraît fournir des résultats peu discutables. Ferris, Capps et Weiss ont obtenu 8 succès sur 10 cas. Putnam, Castell, Freedberg et Le Roy Sloan, Stern ont versé au débat quatre nouvelles guérisons chirurgicales. Au total, pour 14 malades opérés, l'énervation sino-carotidienne a fourni 12 guérisons durables, soit 85 % de succès.

Toute description d'un syndrome nouveau prête à la critique. Aux conceptions de Roskam, de Weiss et ses collaborateurs, on peut fort légitimement objecter que le syndrome d'hyperréflectivité carotidienne se rapproche à bien des égards des crises paroxystiques neuro-circulatoires de la maladie de Stokes-Adams, de l'hypotension artérielle orthostatique, etc. Mais la possibilité de reproduire exactement les incidents cliniques par C. S. C, les très remarquables résultats des traitements d'intention pathogénique paraissent justifier pleinement l'autonomie du syndrome.

BIBLIOGRAPHIE

Blanton H. W. and Blanton W. B. — Cardiac Standstill with Syncope following Pressure on right Vague (*J. A. M. A.*, 76, 1220, april 30, 1921).

Branderburger. — Sur une cause particulière des attaques d'Adams-Stokes (*Zeitsch. f. Kreislaufforschung*, 30, 7, 1er avril 1938, p. 246).

De Brun. — Le réflexe cardio-inhibiteur du sinus carotidien (*Journal des Praticiens*, 1932, p. 406).

Bucy Paul C. — Discussion de la communication présentée par Freedberg et Sloan à la réunion du 21 mai 1936 de la « Chicago Neurological Society », in *Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 38, 1937, p. 773.

Capps A. — Discussion de la communication présentée par Freedberg et Sloan à la réunion du 21 mai 1936 de la « Chicago Neurological Society », in *Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 38, 1937, p. 773.

Ferraro S. — Mort subite causée par un coup porté sur le sinus carotidien (*Policlinico*, 44, 4 janvier 1937).

Freedberg and Le Roy H. Sloan. — Association of carotid sinus reflexes with syncope and convulsions (*Arch. of Neurol. and Psych.*, oct. 1937, vol. 38, n° 4, p. 761).

Jouve A., Vague J. et Jouve M. — Les formes frustes du syndrome d'hyperréflectivité sino-carotidienne (*Marseille Médical*, 76e année, n° 8, 15 mai 1939).

Jouve M. — Le syndrome d'hyperréflectivité sino-carotidienne (*Thèse Marseille*, 1939).

Moses H.-M. and Feinstein S. S. — Reflex hypersensitivity of the carotid sinus (*Ann. Int. Med.*, 8, 1513, 1935).

Robinson L. J. — Benzedrine sulfate in treatment of Syncope due to hyperactive crotid sinus reflex : 2 cases (*New England J. Med.*, 217, 9 décembre 1937, p. 952-53).

Roskam J. — Syndromes cardiaques graves et syncopes répétées par hyperréflectivité sino-carotidienne (*La Presse Médicale*, 30 avril 1930, n° 35, p. 590).

Smith H. L. — Fainting attacks resulting from hypersensitive reflexes (*Am. Heart J.*, 14, nov. 1937, p. 614-619).

Smith H. L. and Moersch F. P. — Syncope of Patients with hypersensitive carotid reflexes : Attacks reproduced by cardiac standstill induced by pressure on carotid sinus (*Proc. Staff. Meet Mayo, Clin.*, 10, 401, 26 juin 1935).

Smith H. L. and Moersch F. P. — Further study on hypersensitive carotid sinus reflex syndrom ; 31 additionnal cases (*Proc. Staff. Meet. Mayo. Clin.*, 11, 10 juin 1936, p. 380-383).

Stern J. E. — Abdominal manifestations of hyperactive carotid sinus reflex (*Journal of The American Medical Association*, 110, 11 juin 1938, p. 1986-1988).

Weiss S. and Baker J. P. — The carotid sinus reflex in health and disease : its role in the causation of fainting and convulsions (*Medicine* 12, 297, 1933).

Weiss S. Capps R. B., Ferris E. B. abd Munro. — Syncope and convulsions due to hyperactive carotid sinus reflex (*Arch. of Int. Med.* 8, n° 3, sept. 1936, p. 407).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1939

Sur les variétés frustes ou irrégulières de la polyembryomie dans les embryomes parthénogénétiques. — M. Albert Peyron.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1939

M. le Président annonce à l'Académie le décès de Sir William Pope, correspondant pour la section de chimie.

Identification d'une plante colombienne. — MM. Maurice-Marie Janot et Ramon Mendoza identifient le *Piñique-Piñique*, plante de la Colombie à *Rauwolfia heterophylla* Roem. et Schult (*Chalchupa* du Guatemala) dont Raymond Hamet a observé l'action sympathicolytique et dont l'action émétisante est aussi connue.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1939

Une mission en Guyane. — M. Achard, infatigablement, parcourt tous les ans l'Empire français. Cette année, il est allé en Guyane, chargé d'une mission par le ministre des Colonies. Voyage très utile pour les intérêts du pays, voyage difficile puisque M. Achard dut revenir en septembre alors que la navigation était fort dangereuse.

M. Achard, en débutant, remercie le ministre de sa confiance, puis il salue le médecin général Blanchard, inspecteur général du Service de Santé des colonies, qui assiste à la séance.

Dans son rapport, M. Achard expose l'organisation remarquable du Service médical en Guyane, les progrès réalisés en hygiène, et il rend hommage à l'œuvre des médecins coloniaux.

M. le médecin général Mathis, des troupes coloniales, dit à son tour son admiration pour les progrès réalisés. Il peut les mesurer d'autant mieux qu'il a séjourné en Guyane à l'époque où sévissait encore la fièvre jaune.

Il rend à ce propos un nouvel hommage à l'œuvre accomplie par Finlay, l'illustre savant cubain.

Les maladies épidémiques en France en 1938. — Dans un rapport très documenté, M. L. Tanon rend compte de l'état sanitaire du pays à ce sujet. Il remarque que tous les départements ont envoyé leurs rapports, y compris l'Indochine, laquelle a fait de très grandes réalisations d'hygiène depuis plusieurs années, et a été considérablement assainie. Les déclarations sont assez bien faites, quoique dans deux départements le nombre en soit faible. Il s'agit de régions montagneuses, à villages clairsemés dans lesquelles les maladies infectieuses ne peuvent donner que des épidémies locales.

L'état sanitaire, jugé d'après ces données, reste bon en France. Il est à remarquer que dans l'ensemble, bien des maladies autrefois répandues, diminuent notablement. La fièvre typhoïde ne se maintient que dans les régions où les adductions ne sont pas encore réalisées, faute de ressources ; les coquillages ont causé moins d'épidémies que l'année dernière ; la diphtérie est en régression partout où les vaccinations sont bien faites. Elle reste plus élevée qu'en 1937 dans trois départements seulement, et grâce à des foyers locaux, familiaux ou scolaires.

La poliomyélite, qu'on pourrait croire en augmentation, a diminué dans l'ensemble.

Fièvre typhoïde. La régression est évidente. Sur les 77 départements, 12 seulement ont présenté une recrudescence due à des crèmes glacées, aux coquillages ou à des puits dans les campagnes.

La diphtérie n'a été en augmentation que dans 11 départements.

On le voit, la situation sanitaire reste bonne. Il y a lieu de reconnaître les efforts des médecins-inspecteurs départementaux dont l'action est prépondérante en cette matière.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1939

M. le professeur Grégoire, président, prononce l'éloge du professeur Cushing.

M. Funck Brentano présente un rapport de M. Dufourmentel intitulé : **Traitement d'urgence des plaies de la face.** — L'*infection* des plaies de la face, qui est très fréquente, n'a aucune gravité. Il y a deux causes de gravité : la fermeture de cavités normalement ouvertes, une importante perte de substance des téguments. Il faut être conservateur au maximum. Les *hémorragies* immédiates sont assez rarement foudroyantes, une hémorragie importante des branches de la carotide externe peut nécessiter la ligature de celle-ci ; en général, la compression suffit. Il ne faut faire de trachéotomie qu'à la dernière extrémité : la traction de la langue en avant par un fil maintenu au besoin par le blessé, suffit à lutter contre la dyspnée. La sonde nasal permet d'alimenter le malade dans les premiers jours et rend inutile la gastrectomie, s'il y a des troubles de la déglutition.

En résumé, la thérapeutique doit être aussi discrète que possible. Les pansements seront très rares.

M. Rouhier se base sur son expérience personnelle pour penser que le procédé du grand volet a des inconvénients dans les plaies du crâne. Il expose en détail les méthodes qu'il a employées avec succès dans la dernière guerre.

Sur les organisations des Centres de chirurgie maxillo-faciale et de prothèse. Restauration de la face. — M. le professeur Lemaitre. — Les deux originalités de ces Centres : c'est, qu'au moins en France, ils n'ont aucun équivalent en temps de paix, et qu'ils groupent une équipe de spécialistes divers qui doivent travailler en intime et constante collaboration : stomatologiste, chirurgien spécialisé, oto-rhino-laryngologiste, ophtalmologiste. Radiologue spécialisé, voire même neuro-chirurgien. Il y a intérêt à grouper ces collaborateurs dans un petit nombre de grands Centres interrégionaux d'arrière, possédant un outillage complet et vers lesquels les Centres d'avant enverront rapidement tous les blessés sérieux de la face. Il importe de tenir compte du psychisme du malade et de la longue durée du traitement, en créant ces formations dans des endroits isolés, tranquilles et en ayant des Centres de convalescence.

Au point de vue technique, il faut attacher plus d'importance à rétablir la physiologie que l'aspect extérieur. Les réductions sont avant tout du ressort de la prothèse stomatologique : jamais de sutures osseuses, être prudent dans les sutures primitives car l'infection est possible et peut être grave. Il ne faut jamais faire de trachéotomies.

Sur les injections intraartérielles dans le traitement des fractures ouvertes. — M. de Fourmestraux, se basant sur de nombreuses observations, dont 12 de fractures ouvertes, pense que les injections artérielles d'une solution aqueuse de mercurochrome à 2 % sont un adjuvant utile du traitement chirurgical des fractures ouvertes par une action de désinfection intratissulaire. D'ailleurs, l'injection de mercurochrome et de quelques autres substances semble avoir en plus action favorable sur la cicatrisation.

M. Lambert souhaite qu'on reprenne l'étude des facteurs de cicatrisation des plaies. Il rappelle l'action favorable de la désinfection mécanique du lavage, de l'immobilisation plâtrée des plaies, des protéines de cicatrisation, de la vitamine C, de l'association acide gras et vitamine F.

MM. Chevassu Lardennois, Boitreau-Rousselle prennent aussi part à la discussion.

Sur les plaies vasculaires. — M. Maurer présente une étude très complète des plaies vasculaires et de leur traitement basée sur 444 observations. Il précise les indications opératoires en fonction des lésions vasculaires et des lésions associées.

M. de Martel présente un malade qui, malgré un très **gros traumatisme cranien,** ayant amené une double fracture de la cavité et de la base du crâne, n'a pas présenté de commotion cérébrale notable.

SOCIETE MEDÍCALE DES HOPITAUX

Séance du 3 novembre 1939

Traitement de la pustule maligne charbonneuse. — M. C.-A. Videla (de Buenos-Aires) rapporte une série d'expériences montrant que chez le cobaye ayant reçu une injection intradermique de bactéridies charbonneuses, l'injection sous-cutanée de 40 cm^3 de sérum anticharbonneux pratiquée au portour immédiat et même à une certaine distance du point d'inoculation virulente protège l'animal contre l'infection charbonneuse.

Au contraire, l'injection intrapéritonéale de la même dose de sérum anticharbonneux reste sans action. Il en est de même des injections sous-cutanées de sérum de cheval non immunisé contre le charbon ou de solutions de peptone pratiquées au pourtour immédiat du point d'inoculation virulente.

M. Videla a traité depuis 1936 33 cas de pustule maligne par la sérothérapie anticharbonneuse. Trente de ces malades atteints de pustule maligne sans septicémie ont guéri à la suite d'injections sous-cutanées de sérum anticharbonneux pratiquées soit seulement au pourtour immédiat de la pustule et à la périphérie de la zone œdémateuse péripustulente. Chez trois sujets. la pustule maligne se compliquait de septicémie à bactéridie charbonneuse. Outre les injections locales, ils ont reçu des injections intramusculaires et intraveineuses de sérum. Un a survécu, deux sont morts.

Les injections péripustulentes et périœdémateuses de sérum anticharbonneux ont une action extrêmement rapide. Elles arrêtent net l'évolution de la pustule maligne, empêchent l'apparition de la septicémie et aussi les larges pertes de substances cutanées génératrices de cicatrices rétractiles.

Du rôle réflexe de la plèvre dans la respiration. — M. Dufour. — Bien que les nerfs de la plèvre aient été contestés, il semble que les deux feuillets pleuraux, pariétal et viscéral entrant en contact et en frottement, deux phénomènes expiratoire et inspiratoire peuvent déterminer un réflexe dont la voie centrofuge aboutit aux muscles intercostaux et permet les phénomènes respiratoires, surtout l'inspiration.

Pour démontrer cette action, l'auteur, avec la collaboration de M. Valcin, a injecté dans la cavité pleurale du lapin, sans déterminer de pneumothorax, une petite quantité de novocaïne. Cette novocaïne, anesthésiant les feuillets pleuraux, suppriment le réflexe respiratoire, ce que l'on constate dans le côté « injecté », qui reste immobile par rapport au côté non-injecté ; ces phénomènes ont été constatés à l'aide d'un manomètre à eau.

M. Rist pense que la novocaïne agit plutôt sur les nerfs phréniques.

La formation des infirmières, par le Dr Arlette Butavand, préface de Jean Lépine. Un vol. de 184 pages. Prix : 45 fr. Chez J.-B. Baillière et fils, à Paris, 1938.

On peut tuer ton enfant, par le Dr Paul Chavanon, avec une préface du Dr Pierre Coignet, un vol. de 89 pages, prix : 15 fr. Aux Editions Médicis, 7, rue Alphonse-Penaud, à Paris (20e), 1938.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

25

Nos 95-96. — 29 NOVEMBRE-2 DECEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

Les réactions irritatives vaso-névritiques, par M. Louis ALQUIER.

Chronique.

Leçon inaugurale du professeur Laignel-Lavastine, par M. L. BABONNEIX.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Académie de Médecine. — Académie de Chirurgie. — Société de Biologie.

Actes de la Faculté de Médecine de Paris.

Congrès.

IIIe Congrès neurologique international de Copenhague, par M. Henri SCHAEFFER (suite).

Pratique Médicale.

Notes pour l'Internat.

Diagnostic des compressions médiastinales, par G. LE SUEUR (suite et fin).

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — *Leçon inaugurale.* — Le professeur E. VELTER fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le vendredi 22 décembre, à 18 heures.

Il continuera son enseignement à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre de Lapersonne), à partir du vendredi 12 janvier 1940, à 10 heures, et les vendredis suivants à la même heure.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. LEBLANC, doyen honoraire, ancien professeur est chargé provisoirement de l'enseignement de l'anatomie.

Faculté de Médecine de Montpellier. — M. ROUX, agrégé, est chargé de l'enseignement de la médecine opératoire.

Ecole de sérologie de la Faculté de Médecine de Paris. — Le Conseil de direction de l'école invite les médecins et étudiants désireux de suivre les cours, à demander leur inscription dans le plus bref délai possible, la session commençant le 8 janvier, ne pourra avoir lieu qu'au cas où le nombre des inscriptions serait suffisamment élevé. Il est donc dans l'intérêt des candidats à s'inscrire de suite.

Pour tous renseignements : s'adresser à M. le Dr Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier.

Hôpital civil de Constantine. — Les étudiants (dégagés d'obligations militaires), les étudiantes en médecine, Français, désireux d'occuper un emploi d'interne, sont priés de s'adresser au directeur de l'hôpital civil de Constantine (Algérie).

Conditions exigées : 12 inscriptions au moins. La désignation des postulants se fera sur examen des références offertes.

Sont vacantes : chirurgie, 2 places ; phtisiologie, 1 place ; maternité, 1 place ; oto-rhino-laryngologie, 1 place ; psychiatrie, 1 place ; médecine générale, 1 place.

Guerre. — Le *Journal Officiel* du 17 novembre 1939 a publié (p. 13171 à 13173) la liste du rang d'ancienneté de médecins et pharmaciens sous-lieutenants de réserve.

Les médecins et pharmaciens sous-lieutenants de réserve promus au grade de lieutenant n'auront pas droit à la solde afférente à ce grade pour la période antérieure au 15 octobre 1939.

Ministère des Colonies. — Le *Journal Officiel* du 21 novembre public un décret étendant aux médecins indigènes diplômés de l'Ecole de Médecine de Dakar, les dispositions prises pour les médecins indochinois diplômés de l'Ecole de Hanoï en vue de leur utilisation dans les formations combattantes ou dans les ambulances et formations hospitalières, sous la direction de praticiens français.

Société Française de Cardiologie. — A titre d'essai et à la demande de plusieurs collègues, la Société compte tenir une séance le 3e *dimanche de décembre*, soit le *17 décembre*, 12, rue de Seine, Paris (6e).

Adresser le titre des communications, avant le 1er décembre, au secrétaire général, M. le Dr Mouquin, 32, rue de Penthièvre, Paris (8e).

Cours. — *Clinique de la Tuberculose*, hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres.

Le professeur Jean Troisier a fait sa première leçon, le mardi 14 novembre. Il continuera son enseignement à la Clinique de la Tuberculose (hôpital Laennec), les mardis et jeudis, à 10 h. 30.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 21 novembre. — 1° Jury : MM. Tanon, Mondor, Bénard, Gastinel. — M. Dykierman. Observations sur le dépistage de la tuberculose pulmonaire par la radioscopie pulmonaire. — M. Kopeïka. Sur le mécanisme hormonal de la sécrétion lactée. — M. Denis-Peraldi. Contribution à l'étude de l'étiologie et de l'hormonothérapie de la stérilité endocrinienne. — M. Brissé. Aperçu sur le traitement de la dysménorrhée par la résection du nerf présacré. — M. Chessebœuf. Sur un cas de maladie de Hogkin avec éosinophilie sanguine particulièrement accentuée.

2° Jury : MM. Villaret, Nobécourt, Laignel-Lavastine. — M. Frappier. Considération sur l'emploi d'un nouveau traitement de la poliomyélite par le chlorate de potasse. — M. Wolf. Les chorées prolongées. — M. Lacour. Les indications, la technique et les résultats de l'opothérapie dans le mongolisme. — M. Fraquet. Contribution au développement de la chimie aux armées durant la guerre de 1914-18. — M. Lutz. Les syndromes dépressifs de teinte mélancolique du début de la paralysie générale.

Mercredi 22 novembre. — Jury : MM. Couvelaire, Grégoire, Troisier, Aubertin. — M. Beau. De la fréquence actuelle des présentations de l'épaule. — M. Lemerle. Contribution à l'étude du traitement des affections douloureuses du petit bassin par la résection du nerf présacré. — M. Giron. — De la phrénicectomie à la phéno-alcoolisation. — M. Larmignat. Essai sur le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse par la pneumo-séreuse. — M. Renault. Sur quelques formes anormales de leucémie aiguë.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Est-ce parce qu'il a, comme ce personnage de *La légende dorée*, la taille élevée, la barbe bien fournie et le port excellent ? Ou parce qu'une longue fréquentation du grand sympathique lui a valu les sympathies de tous ? Ou encore parce qu'il a l'érudition aimable ? Toujours est-il que l'auditoire, où l'on reconnaissait MM. Roussy, Serge Gas, Tiffeneau, les professeurs Bezançon, Chevassu, Clerc, Guillain, Herissey, Lévy Valensi, Pasteur Vallery-Radot, Petit (d'Alfort), MM. Barbe, Duvoir, Godlewsky, Huber, Hudelo, Raoul Labbé, Le Lorier, Rosenthal, Vinchon, Olivier, Michaux, Paul Bert, Dupin et, au premier rang, S. A. R. la princesse Georges de Grèce, a fait un chaleureux accueil à la première leçon faite par le professeur Laignel-Lavastine, le 15 novembre dernier, à l'hôpital Sainte-Anne.

Après les remerciements rituels, et l'exposé des raisons pour lesquelles, en dépit des circonstances, il a tenu à inaugurer son enseignement, voici l'éloge attendu de ses prédécesseurs et de ses maîtres : H. Claude, qui, après s'être distingué en pathologie générale et en neurologie, a apporté une très importante contribution à l'étude de la psychiatrie, qu'il s'occupât de l'assistance aux aliénés ou de questions théoriques. N'a-t-il pas, dès 1907, tenté de donner une définition de l'hystérie ? N'a-t-il pas procédé à une revision de la démence précoce et de la schizophrénie ? N'est-ce pas à lui qu'on doit la distinction des vraies et des fausses hallucinations ? N'a-t-il pas donné toute son attention à la thérapeutique, s'efforçant de codifier les règles relatives à l'emploi de l'insuline, du cardiazol, des huiles soufrées, de la malariathérapie ; Vigouroux, son premier directeur de conscience médicale ; Magnan, qui lui enseigna les manières ouatées qui réussissent auprès des réticents et permettent de dire à chacune de ces âmes : Ouvre-toi ; Pierre Janet, qui lui apprit à démonter le mécanisme d'une psychonévrose ; Gilbert Ballet, artiste, lettré, érudit orateur et qui, le premier, a eu le mérite de se rendre compte des relations qui unissent l'histoire à la médecine mentale, établissant, par des documents irréfutables, la pérennité à travers les âges, des mêmes processus affectifs ou intellectuels.

Comment suivre son exemple ? En s'inspirant de ses méthodes. En accordant une large place à l'histoire, qui, comme l'a dit Pasteur, illumine l'intelligence. En se conformant aux trois principes suivants :

I. — *Unité de la méthode clinique*, qui reste la même en psychiatrie qu'en pathologie générale, le diagnostic passant nécessairement par trois périodes : une *pittoresque*, si bien figurée par Goya dans sa *Maison des Fous ;* une où se précise le *diagnostic du syndrome*, fondée principalement sur la psychoscopie ; *une biologique*, qui conduit au diagnostic de l'affection et à la détermination de sa nature.

II. — *Importance, en psychiatrie, du coefficient réactionnel. Tous les auteurs, depuis Hippocrate*, ont attaché une extrême importance aux questions de constitution, de terrain, de tempérament, de caractère, cherchant à les définir, montrant la part, dans leur formation, de l'hérédité, de la tératologie, des toxi-infections, des traumatismes, etc.

III. — *Primauté de l'objectivité*, déjà mise en relief par Ph. Pinel, qui a dirigé toute l'œuvre d'un Babinski, et à laquelle, aujourd'hui, permettent d'accéder les méthodes nouvelles, phono, ciné et encéphalographie.

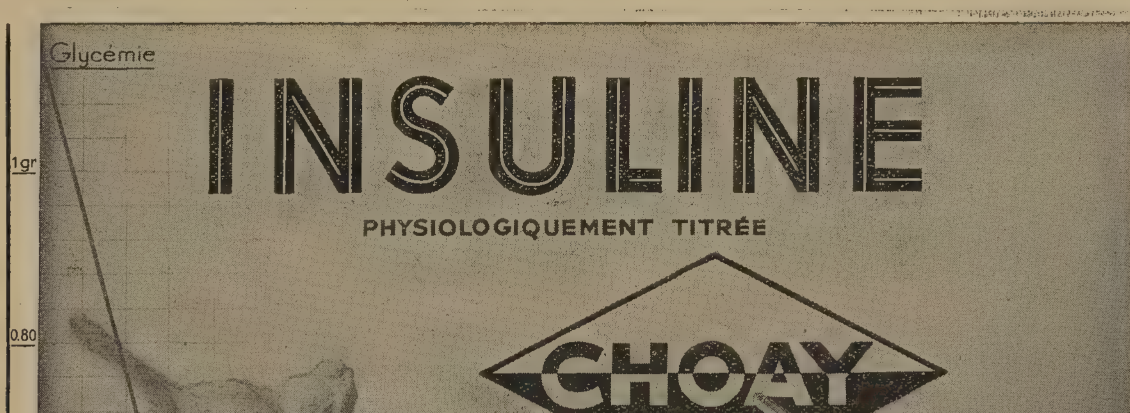
C'est à ces trois principes que le professeur Laignel-Lavastine conformera son enseignement, persuadé, avec Descartes, que l'amélioration de la race humaine dépend, pour une large part, des progrès qu'effectuera la médecine, et, particulièrement, la médecine mentale. Ne s'imposent-ils pas à l'époque actuelle, ne valent-ils pas pour un pays qui ne peut accepter la régression de l'individu annihilé par le social et qui, champion de la personnalité, fait sienne la pensée de Voltaire : « La liberté dans l'homme est la santé de l'âme ? »

La leçon est finie, mais personne ne bouge. Les auditeurs restent sous le charme. Ils regrettent qu'elle se soit tue, la parole diserte et fleurie qui les a conduits d'enchantement en enchantement, jusqu'à cette source vive, cachée « sous les larges ramures », et d'où jaillit la vérité. Ils ne se lassent pas de s'y désaltérer. Longtemps encore, ils voudraient la contempler, et voir « la jeunesse des bois descendre éternellement de ses lèvres ». L. Babonneix.

Nécrologie

— Dr Meastrati, à Paris.

— Dr Charles Nourrie (de Paris), ancien interne des hôpitaux de Paris (1883), décédé dans l'Yonne, à l'âge de 83 ans.



Glycémie
INSULINE
PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE
CHOAY
1gr
0.80
0.60
0.40
crise convulsive
½ h
1 h
1 h ½
2 h
2 h ½
3 heures
LABORATOIRE CHOAY 48, Avenue Théophile Gautier PARIS XVIe
DRÉVILL grav. imp.

LES RÉACTIONS IRRITATIVES VASO-NÉVRITIQUES

Par M. Louis Alquier

Le tissu interstitiel d'un paquet vasculo-nerveux est rapidement irrité par toute altération de l'un de ses éléments : artère, veine ou nerf. Le résultat est une vaso-névrite dont les manifestations cliniques seraient, même dans l'embolie, plus importantes que les trouble dus à l'oblitération artérielle.

Anatomiquement caractérisée par la congestion exsudative, sans inflammation nette, l'irritation adventitielle se limite d'ordinaire à des réactions modifiables par l'excitation réflexogène physiothérapique basée sur la connaissance de ses tests objectifs et de ses modalités cliniques.

I. TESTS OBJECTIFS DES RÉACTIONS VASO-NÉVRITIQUES

Leurs deux types principaux : congestion œdémateuse et enraidissement d'apparence scléreuse, sont, à la tête et au cou, particulièrement accessibles à notre examen.

A. Congestion œdémateuse. — Que d'hésitations causent au diagnostic, ces plaques de tuméfaction rouge, chaude et parfois pulsatiles, étendues à une région variable du crâne ou de la face, et qui déterminent douleurs névralgiformes, brûlures ou prurit. Occupent-elles front ou pommettes, il est naturel de rechercher une sinusite, souvent absente ou trop discrète pour légitimer la congestion cutanée. A la région cervico-temporale, la cause semble plus obscure encore.

Un palper méthodique peut, seul, nous renseigner. Le moindre attouchement augmente douleur et irritation, qui cèdent à une réflexothérapie bien conduite. De menues secousses analogues aux pulsations artérielles, décongestionnent si elles étirent la peau à contre-courant de l'artère chargée de l'irrigation régionale. Un palper profond devient alors possible. Dans le gonflement congestif, il décèle des épaississements limités, irréguliers, de consistance et d'étendue variables. Sur les points les plus enraidis, posons à plat un doigt très souple qui produit la tension la plus réflexogène. De l'autre main, excitons doucement une zone réflexogène, la région carotidienne, par exemple. L'enraidissement se détend ; un instant, apparaît sous le doigt, une pulsatilité diffuse, bientôt localisée au trajet de l'artère. Autour d'elle, l'enraidissement apparaît alors comme une véritable gaine qui éclate littéralement, et se fragmente en grains inégaux, qui s'assouplissent et fondent. Congestion et gonflement cèdent alors, les chairs recouvrent leur aspect normal. Mais, l'irritation se reproduit, si le trajet du drainage lymphatique régional est jalonné de coulées cellulitiques réunissant les ganglions engorgés. Seul, le désencombrement de cet engorgement adénolymphangitique guérit définitivement ; n'est-il pas, dès lors, logique de conclure que l'irritation était due à l'engorgement lymphatique périvasculaire ?

B. Enraidissement d'apparence scléreuse. — Sur une temporale dure, flexueuse, parfois sans battements, la réflexothérapie de détente tissulaire indiquée ci-dessus fait souvent reparaître battements et souplesse. Que d'artères, présumées scléreuses, sont histologiquement saines !

En tous points de l'organisme, et dans les circonstances les plus diverses, se manifestent des réactions analogues : congestion œdémateuse ou enraidissement scléreux. Sur le trajet des paquets vasculo-nerveux régionaux, nos doigts dépistent des points réflexogènes, que toute excitation congestionne ou rétracte douloureusement. La réflexothérapie de détente assouplit l'enraidissement qui, sur une longueur variable, engaine le paquet vasculo-nerveux qu'on trouve centré par l'artère dont les battements s'exagèrent au moment de cette détente. Enfin, le désencombrement du drainage lymphatique régional est nécessaire à la disparition définitive des réactions adventitielles et des troubles dont elles sont responsables. Tels sont les tests objectifs des vaso-névrites réactionnelles dues à la congestion exsudative et à l'engorgement des lymphatiques satellites des paquets vasculo-nerveux.

II. MODALITÉS CLINIQUES

Deux groupes de faits sont à distinguer, suivant la présence ou l'absence d'une affection de l'artère, des veines ou du nerf.

A. La vaso-névrite des affections atteignant un des éléments constitutifs des paquets vasculo-nerveux.

Insuffisance artérielle. — De légers étirements dans le sens du courant sanguin, des pressions perpendiculaires à l'axe de l'artère, dont ils reproduisent autant que possible les battements, provoquent sa vaso-dilatation et montrent quelle part appartient au spasme dans l'insuffiance artérielle. Ce spasme est souvent dû à une irritation de l'adventice, que confirme l'existence de douleurs, d'ectasies veineuses, de troubles vaso-moteurs et de déséquilibre des réactions neuro-végétatives dans leur ensemble. La gymnastique artérielle réflexothérapique et la libération des engorgements lymphatiques adventitiels ont sauvé des membres voués à l'amputation. Même après sympathectomie périartérielle, persistent souvent des douleurs et des enraidissements qu'améliore la réflexothérapie, en même temps qu'elle favorise la réparation des troubles trophiques.

Affections veineuses. — A la phase initiale des phlébites ou après elles, la périphlébite se manifeste par des gonflements et enraidissements cellulitiques douloureux autour des veines malades. Autour des ectasies veineuses, se retrouvent des enraidissements cellulitiques. Dans les deux cas, la réflexothérapie de détente des enraidissements, rétablissant le drainage lymphatique, donne des résultats, parfois imprévus. L'irritation vaso-névritique est caractérisée par des névralgies des troubles vaso-moteurs et l'irritabilité neuro-végétative.

Un septuagénaire, dont le mollet gauche, atteint successivement de cinq phlébites, était transformé en paquets variqueux entourés de cellulite chronique, avec début de nécrose des orteils attribuée au diabète

dont il était également atteint, souffrait de douleurs atroces au moindre mouvement. La physiothérapie réflexogène l'a amélioré au point de permettre des excursions en montagne de 12 kilomètres, avec disparition des douleurs et des troubles trophiques, en même temps que s'amélioraient cellulite et veines. Au bout de cinq ans, il fut emporté par une attaque foudroyante d'urémie, alors que la jambe lui donnait toute satisfaction.

Névrite. — Aux troubles sensitivo-moteurs et à l'amyotrophie qui caractérisent la névrite s'ajoutent des troubles vaso-moteurs et l'irritation neuro-végétative. L'exploration du nerf malade y montre la périnévrite cellulitique, prolongée jusqu'à la racine nerveuse par un engorgement adéno-lymphangitique continu ou discontinu. La physiothérapie des réactions conjonctivo-lymphatiques est alors, dans bien des cas, le traitement le plus efficace.

B. — Réactions vaso-névritiques sans signes d'affections vasculaire ou névritique.

Au cours des états morbides les plus divers, apparaissent variables suivant la région intéressée, des syndromes vaso-névritiques alors que rien n'indique une affection vasculaire ou névritique.

Variétés étiologiques. — Au cours des affections organiques du névraxe et de ses nerfs périphériques, de l'ortho et du parasympathique, et des états névrosiques fonctionnels, la cellulite et l'engorgement lymphatique, si elles atteignent les paquets vasculo-nerveux, y déterminent des réactions vaso-névritiques. Sur le pédicule vasculo-nerveux d'un muscle, la cellulite provoque des crampes musculaires annoncées par le spasme tissulaire et calmées par sa détente. Ceci s'applique à la crampe des écrivains, dont la physiothérapie atténue l'irritabilité et le nervosisme, en même temps qu'elle réduit cellulite et engorgement adéno-lymphangitiques.

D'innombrables douleurs reconnaissent une origine analogue, dues à la fois à l'irritation directe du nerf sensitif atteint par la périnévrite cellulitique, et aux spasmes tissulaires et aux troubles vaso-moteurs dus à l'irritation du sympathique; elles sont imprécises, mal systématisées, accompagnées de paresthésies, de troubles vaso-moteurs et de nervosisme.

Les réactions motrices, sensitives et l'irritation du sympathique ainsi que les troubles circulatoires de la vaso-névrite, augmentent, au cours des maladies nerveuses, contractures, spasmes, rigidité parkinsonienne, et sont fréquemment responsables des spasmes des artères cérébrales. Les localisations vaso-névritiques ne sont donc jamais à négliger, et leur traitement est un adjuvant, souvent précieux en présence d'états morbides souvent incurables.

Certaines affections, qualifiées de polynévrites, cèdent entièrement au traitement de la cellulite et surtout de ses localisations vaso-névritiques.

Certains états infectieux déterminent des bouffissures et enraidissements cellulitiques régionaux ou généralisés sous forme d'états rhumatoïdes, d'arthritismes. Les réactions vaso-névritiques par cellulite périvasculaire et périnévritique ajoutent aux troubles dus à la maladie causale, les syndromes réactionnels sus-indiqués avec les variations régionales énumérées plus loin.

Dans l'eczéma, les lésions cutanées sont souvent précédées de congestion prurigineuse avec œdèmes et enraidissements cellulitiques profonds. La prédominance vaso-névritique de ces réactions est ici évidente et persiste longtemps après guérison des manifestations cutanées. Cette vaso-névrite, spécialement irritable, cède, comme toutes les autres variétés, à la physiothérapie conjonctivo-lymphatique. Alors, seulement disparaît le prurit, que réveillait la moindre irritation. Ceci s'applique au prurit vulvo-vaginal ou à ceux dit *sine materiæ*.

Variétés régionales. — En tous points du corps, les localisations sous-cutanées de la cellulite douloureuse, lors de toute crise congestive ou spasmodique, provoquent des manifestations vaso-névritiques, dès que s'engorgent les lymphatiques accolés aux paquets vasculo-nerveux. Au contraire, de grosses adénopathies sous-cutanées sont parfaitement tolérées, si elles sont indépendantes des vaisseaux et des nerfs.

Les exsudats cellulitiques, rapidement généralisés, infiltrent la région cervico-scapulaire, y provoquant l'enraidissement rétractile qui règle leur afflux au sang des veines sous-clavières. En cette région, les réaction vaso-névritiques sont si fréquentes et importantes que la physiothérapie des réactions cervico-scapulaires est le prélude et la terminaison de toute séance de réflexothérapie. Libérant les gaines vasculo-nerveuses de la tête et du cou, elle calme diverses algies cranio-faciales, certains spasmes douloureux du cou, certaines douleurs et paresthésies des membres supérieurs. Les spasmes des artères cérébrales, la fatigabilité physique et intellectuelle due à l'enraidissement cellulitique de la nuque, n'ont pas de meilleur traitement. Le dégagement de la ceinture scapulo-thoracique active, dans l'organisme entier, le cours du sang et de la lymphe, procure un meilleur fonctionnement viscéro-endocrinien, améliore les troubles nerveux et l'état général.

Au thorax, l'enraidissement, prédominant sur le trajet des vaisseaux mammaires et de ceux qui occupent les interstices des muscles vertébraux ainsi que les parois des aisselles, provoquent, à la moindre irritation, un spasme qui étreint la cage thoracique, causant dyspnée, douleurs thoraciques angoissantes, et, irritant le plexus cardio-aortique, est un facteur d'arythmie.

Les enraidissements de la région diaphragmatique, du hile du foie, ceux des parois abdominales et ceux qui caractérisent les périviscérites cellulitiques, apparaissent, au moment de leur détente, centrés par une pulsatilité artérielle, ce qui permet de les supposer périvasculaires.

Lors des affections pelviennes, l'exploration recto-vaginale des vaisseaux pelviens y décèle des points irritables, que le plus léger attouchement crampe et chauffe brusquement. Après détente, sont perçus des masses cellulitiques, des ganglions engorgés. Leur traitement supprime l'irritabilité et les troubles qui en dépendent.

Aux membres, la lymphangite des plaies infectées, phlegmons, arthrites synovites, la résorption lympha-

tique de synovie ou d'hématomes, même minuscules, comme après une piqûre, provoquent, si l'engorgement atteint les lymphatiques périvasculaires, des algies cellulitiques ou névralgiformes, des crises vasomotrices, l'ischémie, des troubles veineux et névritiques indices de la vaso-névrite. Celle-ci est à rechercher sur tout le trajet des paquets vasculo-nerveux, jusqu'à la racine du membre et au delà.

C'est ainsi qu'aux membres inférieurs, les œdèmes veino-lymphatiques avec troubles vaso-névritiques sont dus soit à un engorgement pelvi-abdominal, soit à une irritation médiastinale ou rétro-hépatique. Des hémorroïdes sont une autre conséquence fréquente de spasmes cellulitiques au hile du foie.

Les congestions causalgiques, certains troubles physiopathiques dépendent fréquemment d'irritation vaso-névritiques. La névrite ascendante, actuellement considérée comme lymphangite externe est produite par la migration de substances irritantes dans le trajet lymphatique périvasculaire.

Résumé. — D'une manière générale, l'irritation vaso-névritique, soit par extension à tout le tissu interstitiel du paquet vaso-nerveux, de l'irritation adventielle, soit par engorgement des lymphatiques accolés aux vaisseaux et nerfs, détermine des syndromes irritatifs, dont la symptomatologie se résume ainsi : irritation algogène des nerfs, distension variqueuse des veines, irritation et déséquilibre de la vaso-motricité, enfin, irritation du sympathique périvasculaire. Cette irritation non seulement modifie la circulation artérielle locale, mais réagit à distance, sur tous les points de l'organisme dont la réflectivité s'harmonise avec celle du point atteint de vaso-névrite. Ainsi s'expliquent ces spasmes et enraidissements tissulaires généralisés, le déséquilibre anarchique de toutes les réactions qui dépendent du système nerveux végétatif.

La réflexothérapie de détente tissulaire permet, seule, de dépister les irritations vaso-névrétiques et de les traiter efficacement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1939

Données nouvelles sur la valeur et la durée de l'immunité conférée par l'anatoxine tétanique. — MM. Gaston Ramon et Edouard Lemétayer exposent un ensemble de résultats. Il faut surtout en retenir, du point de vue pratique, que l'anatoxine tétanique, convenablement utilisée, est bien capable de conférer, à l'homme comme à l'animal, une immunité solide et durable à l'égard du tétanos, maladie particulièrement redoutable et redoutée en temps de guerre.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1939

Notice nécrologique. — M. Jolly donne lecture d'une notice nécrologique consacrée au regretté Auguste Pettit.

Rapport. — Au nom de la *Commission du Lait*, M. Martel donne lecture d'un rapport relatif aux conditions de propreté que l'on doit exiger pour le lait mis en vente. Ces conclusions sont adoptées.

Les injections veineuses lentes d'acide phénylcinchoninique dans les ostéoses cancéreuses secondaires. — M. Loeper constate l'action sédative en injection veineuse lente de l'acide phénylcinchoninique dans certaines tumeurs cancéreuses secondaires du cancer du sein et localisées surtout dans les os.

Il apporte une seconde constatation, très réservée, concernant l'action empêchante possible, sinon probable, de ce même produit sur le développement même de ces tumeurs et sur les réactions locales et générales qu'elles provoquent.

Elimination du p-aminophénylsulfamide (1162 F) appliqué dans les plaies. — Action protectrice antimicrobienne. — M. Fourneau communique les résultats de recherches entreprises par F. Nitti sur le traitement local des plaies par l'aminophénylsulfamide. M. Nitti a d'abord constaté que le sulfamide est parfaitement toléré par les tissus même à des doses élevées ; qu'enfermé dans une plaie, il s'élimine par le sang où il atteint rapidement un taux élevé ; l'élimination est sensiblement plus lente que par la voie buccale. Enfin le sulfamide a permis de protéger des lapins chez lesquels on a réalisé des plaies infectées par des streptocoques hémolytiques extrêmement virulents.

L'application du sulfamide en poudre, dans les plaies, semble devoir être un adjuvant précieux pour prévenir ou pour traiter les complications septiques.

Election d'un membre titulaire dans la IVe Section (sciences biologiques, physiques et naturelles). Classement des candidats : en première ligne, M. Gautrelet. En deuxième ligne, ex-æquo et par ordre alphabétique :MM. H. Bénard, Bourguignon, Nattan-Larrier, Polonovski, Richet. Adjoint par l'Académie : M. J. Verne.

Cette élection très disputée nécessite deux tours de scrutin.

Au premier tour, sur 64 votants : M. Gautrelet obtient 29 voix ; M. Nattan-Larrier, 28 ; M. Ch. Richet, 3 ; M. Polonovski, 2 ; M. Verne, 2.

Au deuxième tour (61 votants) : M. Gautrelet est élu par 32 voix contre 28 à M. Nattan-Larrier.

M. Gautrelet, professeur agrégé de physiologie, est professeur à l'Ecole des Hautes-Etudes. Il est surtout connu par ses travaux de biologie aérienne et ses recherches sur les échanges respiratoires.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1939

M. le professeur Grégoire, président, prononce l'éloge de MM. Ch. et J. Mayo.

M. Mocquot présente un rapport de M. Wertheimer. — **Sur les troubles vasculaires provoqués par les côtes cervicales**, à l'occasion d'une très intéressante observation d'une côte cervicale, s'étant manifesté cliniquement comme un syndrome de Raynaud, allant jusqu'à des phénomènes gangréneux localisés, présente un travail d'ensemble. Il insiste sur un point : l'existence d'ischémies par thrombose et d'ischémies spasmodiques; nécessitant, les premières, l'artériectomie du segment thrombosé, et, la seconde, l'infiltration ou l'ablation du ganglion étoilé pour faire cesser le spasme.

M. Baumgartner rappelle des observations personnelles.

M. Ameline présente un rapport de M. Desjacques sur **le traitement des plaies de poitrine.**

Adoptant une classification personnelle anatomique, M. Desjacques conclut, d'accord avec M. Ameline, qu'il faut être très interventionniste dès qu'une plaie de poitrine s'aggrave, progressivement ou rapidement.

M. Ameline pense qu'il y a une grande différence entre la gravité et la forme des plaies de guerre — surtout par éclat d'obus — qui donnent une mortalité rapide de l'ordre de 57 %, et qui sont presque toujours à thorax ouvert.

M. Aubourg. — **L'ozonothérapie.** — L'ozone est désinfectant, antitoxique et cicatrisant. Maintenant, on peut en fixer nettement la posologie et en affirmer l'inocuité.

Par opposition à la plupart des antiseptiques qui sont corrosifs et attaquent les émonctoires, l'ozone, bien que puissant microbicide, n'attaque pas le protoplasme.

Après un lavement d'ozone, on constate une suroxygénation du sang, une amélioration du fonctionnement des reins, et, semble-t-il, un rétablissement de l'équilibre acidobasique du sang, rompu vers l'acidité ou l'alcalinité. Dans quatre séries de cas : plaies et suppuration post-traumatiques, plaies atones et escarres, fistules molles et fistules osseuses, M. Aubourg a obtenu une amélioration dans la grosse majorité des cas, sinon succès complet. Il donne des précisions sur la technique. On utilise l'ozone soit en lavements, soit localement.

M. Chevrier ne trouve pas convaincantes toutes les observations citées ; il suggère l'utilisation de l'ozone chez les asphyxiés, gazés et brûlés.

M. Aubourg rapporte les bons résultats chez les intoxiqués à l'oxyde de carbone.

MM. Moure, Saënz et Moulfaccio. — **Synovites tuberculeuses des doigts à bacille bovin chez les bouchers.** Il y a là sans doute une nouvelle maladie professionnelle. A la suite d'une observation très curieuse, les auteurs ont remarqué la relation fréquente des synovites tuberculeuses chez les bouchers des abattoirs et en ont réuni plusieurs cas. Elles semblent secondaires à des panaris traînants, à des traumatismes dus à des esquilles ou même à des poils d'animaux. Les synovites apparaissent quelques mois plus tard, et sont souvent précédées d'un œdème persistant et douloureux. La cuti-réaction est toujours très fortement positive et les bacilles ont toujours été de type bovin. Il s'agit sans doute d'une surinfection.

MM. Mauclaire, Richard, Mondor prennent part à la discussion.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 21 octobre 1939

Allocution de M. L. Lapicque, président.

Eloge nécrologique d'Auguste Pettit. — M. L. Lapicque.

Action de l'hyposulfite de soude sur la coproporphyrinurie saturnine expérimentale chez le lapin. — MM. L. Binet, L. Perel et Mlle G. Glotz. — 1° La coproporphyrinurie est constante dans l'intoxication saturnine expérimentale : elle est d'emblée abondante et persistante.

2° L'hyposulfite de soude fait disparaître la coproporphyrinurie déjà existante, quelle que soit la durée passée de l'intoxication ; il empêche l'apparition de la coproporphyrinurie.

Influence du tissu réticulo-endothélial sur le métabolisme des lipides. — MM. F. Layani et A. Durupt. — L'action mécanique de blocage du tissu réticulo-endothélial par l'encre de Chine en injections intraveineuses sur des lapins augmente les quantités, dans le sang, de cholestérine et de lipides totaux.

Sur d'autres animaux, l'action des émulsions microbiennes fournit une hyperlipidémie encore plus nette.

La rate et le foie des animaux traités présentent également une surcharge lipidique des plus nettes.

Les émulsions microbiennes paraissent avoir eu un pouvoir lipoïdogène plus accentué que l'encre de Chine, due non seulement à la finesse des grains, mais aussi sans doute à un action générale sur le système neuro-endocrinien.

Etude des caractères d'atténuation du bacille B. C. G. suivant le nombre de ce germe sur le milieu bilié. — M. K. O. Streng étudie les propriétés biologiques de deux souches de B. C. G. dont l'une a subi sur milieu bilié 135 passages de plus que l'autre. Si ces deux souches paraissent produire la même quantité de tuberculine et présenter le même pouvoir antigène et les mêmes propriétés immunisantes, celles qui a subi le plus grand nombre de passages sur milieu bilié semble doué d'une activité moindre au point de vue de son aptitude à provoquer la formation de nodules épiploïques après inoculation intrapéritonéale du cobaye.

Sur la répétition des scarifications cutanées imprégnées de B. C. G. dans la vaccination antituberculeuse du cobaye. — MM. L. Nègre et J. Bretey ont constaté que, dans la vaccination du cobaye au moyen de scarifications cutanées imprégnées de B. C. G., la répétition de ces scarifications à huit reprises tous les trois jours augmente fortement :

1° La proportion des animaux qui réagissent positivement à la tuberculine dans un court délai ;

2° L'intensité des réactions allergiques ;

3° La résistance antituberculeuse des animaux ainsi vaccinés.

Sur les glucides dans les filtrats de cultures de bacilles tuberculeux. — M. K. O. Streng a trouvé de petites quantités de substances fermentescibles dans le milieu de Sauton dans lequel les bacilles tuberculeux ont poussé. Ces substances peuvent être des traces de sucres réducteurs ou d'autres substances peut-être du type polyalcools et du type d'acides glucidiques, non réducteurs.

Etude comparative de la réaction xanthoprotéique et de la présence de tuberculine dans les cultures de bacilles tuberculeux de type aviaire sur milieu de Sauton. — M. F. van Deinse. — Pour les B. K. de type aviaire, la réaction xanthoprotéique précède l'apparition des substances réactionnelles de 9 à 38 jours ou davantage, tout au moins celles qui donnent une réaction positive chez le cobaye tuberculeux.

Variation de la période réfractaire et de la chronaxie du myocarde chez les poissons sous l'influence de substances agissant sur le système nerveux autonome. — MM D.-T. Barry, A. et B. Chauchard, et P. Chauchard. — L'action des agents modificateurs de l'excitabilité du système nerveux autonome se manifeste dans le même sens sur la chronaxie et la période réfractaire. L'acétylcholine et la yohimbine abaissent parallèlement la valeur de l'une et de l'autre, l'atropine et l'adrénaline l'élèvent. Ces variations correspondent à des modifications de l'activité fonctionnelle des éléments étudiés, l'activité de ces éléments diminuant avec l'augmentation de la chronaxie et de la période réfractaire et inversement.

Souche de bacilles tuberculeux très atténuée, de type humain, isolée à deux reprises d'un cas de rhumatisme tuberculeux grave généralisé. — MM. A. Saenz, R. J. Weissenbach et G. Canetti. — La provenance de cette souche, isolée d'une cas de rhumatisme grave, montre qu'il n'y a aucune relation entre la gravité clinique de la maladie et la virulence des bacilles en cause.


BULGARINE
CULTURE PURE EN MILIEU VÉGÉTAL
DE BACILLES BULGARES
GOUTTES
BOUILLON
COMPRIMÉS
POUDRE
THÉPÉNIER
LABORATOIRE DES FERMENTS DU DOCTEUR THÉPÉNIER_10 RUE CLAPEYRON_PARIS

PRATIQUE MÉDICALE

A propos des affections broncho-pulmonaires

Le professeur Szent-Györgyi a prouvé que l'insuffisance de vitamines et notamment de vitamine C ne se manifeste que si l'organisme a quelque tâche considérable à remplir et le résultat de cette insuffisance peut s'appeler pneumonie, broncho-pneumonie, coqueluche, grippe. On peut même dire que toutes les affections broncho-pulmonaires sont conditionnées par une carence ou une insuffisance en vitamine C.

Aussi, qu'on fasse de la sérothérapie, de la vaccinothérapie ou que l'on préfère s'adresser à la révulsion et aux thérapeutiques symptomatiques, il est essentiel, en tout état de cause, de conditionner, renforcer ou compléter tout traitement des affections broncho-pulmonaires par l'administration systématique de laroscorbine, vitamine C, totalement atoxique et sans contre-indication, sous forme d'ampoules ou de comprimés.

Il est évident, en effet, que la révulsion jointe à la médication thiocolée constitue la base de tout traitement utile des affections broncho-pulmonaires.

Il est essentiel, cependant, de donner le thiocol sous une forme toujours bien tolérée, même par les estomacs les plus délicats; on sait le succès qu'a obtenu et qu'obtient toujours le sirop Roche, médicament classique de toutes les affections des voies respiratoires.

Si cette médication est toujours parfaitement supportée, même par les muqueuses digestives irritables, c'est que le thiocol qui en constitue la base est un sulfo-gaïacolate chimiquement pur et que le sirop lui-même est obtenu grâce à un procédé spécial de lixiviation des matières premières.

La dose moyenne pour les adultes est de deux à quatre cuillerées à soupe par jour et, pour les enfants, deux à quatre cuillerées à café par jour.

Le sirop « Roche » permet d'obtenir l'imprégnation thiocolée à haute dose sans aucun inconvénient dans toutes les affections des voies respiratoires, grippe, trachéite, laryngite, bronchite, coqueluche, et même dans la plupart des formes de la tuberculose : orexique, eupeptique et puissamment stomachique, il est toujours admirablement supporté aussi bien par les adultes que les vieillards et les enfants.

Dans les affections broncho-pulmonaires, la médication antispasmodique voit chaque jour étendre ses indications. La spasmalgine est un précieux agent thérapeutique. On sait que chaque comprimé, ampoule ou suppositoire de spasmalgine contient 1 centigramme de pantopon, 2 centigrammes de papavérine et 1 milligramme d'atrinal.

La spasmalgine est indiquée chaque fois qu'un état spasmodique se produit, aussi bien dans les maladies cardio-vasculaires, digestives, urologiques et gynécologiques que dans les affections des voies respiratoires. La dyspnée des aortiques trouve un soulagement dans l'administration de spasmalgine (Sacaze). Elle fait cesser les spasmes bronchiques et permet ainsi l'évacuation des crachats dont la rétention est souvent cause d'infection. Elle sera indiquée dans les broncho-pneumonies (Marchal), les complications pulmonaires de la grippe banale (Quénée) et chez les emphysémateux et les asthmatiques (Caro).

Collins a pu même soulager une embolie pulmonaire post-opératoire à l'aide d'injections de spasmalgine. Enfin, les tuberculeux pulmonaires bénéficient également de ce traitement, soit que la spasmalgine calme la toux et leur permette de reposer (Fabre), soit qu'elle combatte la diarrhée et les sueurs (Larget).

Certaines toux paroxystiques, sèches, quinteuses, ne laissant aucun répit au malade, s'exaspérant au coucher et rebelles aux sédatifs habituels, sont en rapport avec une trachéite spasmodique. Dans ces cas, la spasmalgine est tout indiquée et soulagera le malade ainsi que dans les autres toux spasmodiques (coqueluche de l'adulte), les dyspnées et toutes les manifestations au niveau des voies respiratoires supérieures de cet état spasmodique que l'on rencontre si souvent (Quénée).

CONGRÈS

Congrès neurologique international de Copenhague :

21-26 août 1939

(Suite)

Les rapports entre l'hypophyse et le système nerveux végétatif. — MM. Gaget et Fœrster (Breslau). — Les rapports entre les glandes endocrines, surtout l'hypophyse, et le système nerveux végétatif, laissent penser que des troubles de l'un ou de l'autre doivent avoir pour conséquence des états morbides sensiblement comparables. Les auteurs présentent un tableau très complet des troubles résultant, soit d'une atteinte hypophysaire, soit d'un trouble du système nerveux végétatif.

Les auteurs passent successivement en revue les états qui peuvent résulter d'un trouble de l'hormone de croissance, de l'hormone thyréotrope, de l'hormone réglant le métabolisme des hydrates de carbone, de l'hormone corticotrope, de l'hormone parathyréotrope, du métabolisme des graisses, de la pars intermedia, de la pars nervosa, de l'oxytocine, de la vasopressine, de l'adiurétine, de la thermo-régulation, du rythme hypnique, des troubles mentaux, de la résistance contre les infections et les intoxications. Les auteurs établissent un tableau comparé résultant d'un trouble des centres réglant ces diverses fonctions. La lecture des deux tableaux montre qu'ils ne sont pas identiques, et que les troubles hypophysaires ont une symptomatologie plus riche que les troubles des centres hypothalamiques.

Considérations sur les glandes endocrines et la fonction musculaire, spécialement en ce qui concerne les myopathies. — M. Forsberg (Oslo). — L'auteur se borne à l'étude des dystrophies musculaires suivantes : la myasthénie grave, la myotonie congénitale, la dystrophie myotonique (Steinert), et la dystrophie musculaire progressive.

L'auteur rappelle le rôle des médiateurs chimiques dans la contraction musculaire, qui sont de véritables hormones, l'adrénaline et l'acécholine. Il signale les transformations chimiques qui entraînent la contraction musculaire ; le rôle du glycogène, du phosphogène, de l'acide lactique, etc. Il insiste également sur la combustion du sucre et la synthèse du glycogène dans la contraction musculaire, qui semble posséder une régulation hormonale ; elle est renforcée par l'insuline, et enrayée par l'adrénaline.

La transformation des hydrates de carbone du muscle a une régulation moins immédiatement hormonale, et dépend de la teneur en hydrates de carbone du corps, qui est sous le contrôle des hormones hypophysaires. Il peut rappeler également le métabolisme de la créatine et de la créatinine. La créatinurie est un signe d'insuffisance musculaire ; elle est habituelle dans les dystrophies musculaires, et est augmentée par l'ingestion de glycocolle. Thomas, Mulhorat et Teckner pensent, au contraire, que l'ingestion prolongée de glycocolle diminue la créatinurie chez ces malades.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1939, nos 91-92.

Walker, en 1934, montra, le premier, l'heureuse influence de l'ésérine, et surtout de la prostigmine dans la myasthénie grave. L'auteur estime que le trouble de la fonction myoneurale ne suffit pas à expliquer la réaction myasthénique.

Les recherches d'Adler ont attiré l'attention sur le rôle du thymus dans la myasthénie. La transplantation du thymus ou l'injection d'extrait thymique chez le chien suffirait à faire apparaître la réaction myasthénique. Le rôle du thymus est actuellement très discuté.

Pour l'auteur, l'origine endocrinienne des myodystrophies, de la myotonie, des myopathies, n'est pas admissible, et Curschmann, en particulier, a insisté sur l'origine centro-végétative de ces affections.

Ken Kuré et ses collaborateurs pensent que les myopathies relèvent d'une lésion du système nerveux autonome. La résection du sympathique serait susceptible d'entraîner des dystrophies musculaires, avec des troubles des réactions électriques, et des lésions histologiques comparables à celles des myopathies. C'est le système nerveux autonome qui règlerait le tonus plastique.

Einarson et Ringsted pensent que le manque de vitamine E peut, chez les sujets présentant une certaine habilité musculaire, causer des myodystrophies.

Maldolesi pense qu'il existe une diathèse myopathique qui se caractérise par :

1° Certaines réactions chronaxiques ;

2° La créatinurie ;

3° Une courbe aplatie de la lactocidémie après injection d'adrénaline ;

4° Un passage des substances stercobiliniques dans les selles.

Cette diathèse, si elle est durable, peut se transformer en maladie. Celle-ci serait liée à une insuffisance de la sécrétion externe du pancréas, qui aurait pour conséquence une résorption défectueuse des acides aminés. Le traitement par l'extrait pancréatique a d'ailleurs donné de bons résultats.

Cette théorie de la diasthèse myopathique par hypocholie pancréatique de Maldolesi serait la plus vraisemblable pour l'auteur. Henri Schaeffer. (*A suivre.*)

Association de la Presse Médicale française.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES COMPRESSIONS MÉDIASTINALES (1)

(*Suite et fin*)

D. — Le problème des médiastinites.

C'est lui qui, de prime abord, s'impose à l'esprit quand, à l'examen radiologique, un voile opaque obscurcit le médiastin dans les différentes positions.

Ces médiastinites, par leur étendue, peuvent donner lieu aux syndromes médiastinaux les plus variés — mais elles ne peuvent être qu'un cadre d'attente, car toujours elles compliquent une lésion médiastinale plus profonde : vasculaire, péricardique ou bronchique.

1° Il est rare que la *symphyse rhumatismale* donne lieu à des signes de compression — de même d'ailleurs que la *symphyse tuberculeuse* quand elle réalise la médiastinite calleuse (Kussmaül) avec son asystolie hépatique précoce.

2° Il s'agit dans la règle de *médiastinite syphilitique :*

Soit *médiastinite associée à une aortite*, dont nous avons parlé plus haut;

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1939, n°s 85-86 et 89-90.

Soit *médiastinite avec artérite pulmonaire*, et ici, au tableau classique de la maladie d'Ayerza (cardiaques noirs) se surajoutant le syndrome de sténose bronchique;

Soit *médiastinite totale*, rare d'ailleurs, réalisant un véritable *syphilome médiastinal.*

Quoi qu'il en soit, toute médiastinite, spécifique ou de cause obscure, est justiciable d'un traitement d'épreuve qui aura bien souvent un double effet : d'atténuer les manifestations fonctionnelles, en particuler les douleurs, et de permettre, la médiastinite fondue, de juger radiologiquement de l'état des organes médiastinaux.

II. *Le diagnostic de la cause des syndromes médiastinaux chez l'enfant, pose des problèmes en pratique beaucoup plus réduits.*

a) La péricardite tuberculeuse, quand elle réalise le tableau de la symphyse cardio-tuberculeuse de Hutinel, peut donner des signes de compression médiastinale inférieure, *mais surtout :*

b) L'hypertrophie thymique, traduite

Cliniquement : par du *cornage* à la fois inspiratoire et expiratoire, qui s'accentue quand l'enfant crie;

Par de la *cyanose* avec turgescence des jugulaires et parfois tension des fontanelles;

par la *matité* pré-sternale.

Radiologiquement : par une bande verticale, ou un triangle d'ombre homogène coiffant la silhouette cardiaque (image en sablier).

c) Enfin l'adénopathie trachéobronchique. De loin en pratique la cause la plus fréquente.

Y penser chaque fois qu'un enfant, dont le poids reste stationnaire, présente un *cornage expiratoire* accompagnant une dyspnée avec allongement du temps expiratoire. Souvent s'y associe une toux bitonale.

A l'examen, rechercher une submatité dans les zones de projection des aires ganglionnaires et le syndrome pseudo-cavitaire de la région hilaire : mais ces signes sont souvent bien difficiles à mettre en évidence en raison de la raisonnance considérable du thorax chez l'enfant.

Radiolgiquement surtout : rechercher en frontale et en OAD les ombres polycycliques para-hilaires très caractéristiques.

Le problème qui se pose alors est de préciser la *nature* de cette adénopathie. Savoir faire et répéter tous examens utiles, en particulier *antiréactions*, pour différencier :

— L'A. T. B. tuberculeuse.

— L'A. T. B. banale séquelle d'une complication pulmonaire de maladie infectieuse (rougeole ou coqueluche surtout)

III. — *Nous envisageons en terminant les syndromes médiastinaux aigus.*

Ceux qui se développent, avec des signes de localisation des plus variés, rapidement en quelques jours, au milieu de fièvre et de signes infectieux aigus.

Ils sont en général assez rapidement rattachés à leur cause, car habituellement secondaires à une infection générale ou locale déjà connue.

Ils sont le fait :

Soit d'une *pleurésie médiastine purulente.*

Soit d'une *adénite aiguë* par lésion de voisinage.

Soit, plus rarement, d'une *médiastinite suppurée* dans l'étiologie de laquelle des lésions de l'œsophage, traumatiques ou non, prennent la plus grande part.

G. Le Sueur.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 97-98. — 6-9 DÉCEMBRE 1939. 112e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

Revue Générale.

Des travaux de chirurgie de guerre, par le professeur JEANNENEY (de Bordeaux).

Variétés.

A propos de l'épluchage des plaies.

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Académie de Médecine. — Académie de Chirurgie.

Chronique.

La leçon inaugurale du professeur H. Bénard, par F. L. S.

Pratique médicale.

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Académie de Médecine. — Le Dr Babonneix, médecin de l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher) et l'un de nos rédacteurs en chef, vient d'être brillamment élu membre titulaire de l'Académie de médecine.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, qui peuvent apprécier les travaux de notre éminent ami, partageront sans nul doute la joie de notre rédaction.

Il est inutile de rappeler ici combien a été féconde la collaboration de notre collègue. Dès son internat, qu'il devait terminer avec la médaille d'or, Babonneix a consacré une très grande partie de son activité à la *Gazette des Hôpitaux*. A la retraite de notre maître Ricard, et sur sa désignation, Babonneix a accepté de partager avec Marcel Lance la responsabilité scientifique de la rédaction de notre journal. On sait avec quelle rigueur, toujours courtoise, Babonneix s'est acquitté de sa tâche.

Le vote de l'Académie de Médecine n'est qu'une nouvelle preuve de l'estime qu'éprouvent pour lui ses collègues et qu'ils ont déjà montrée en lui confiant naguère la présidence de la Société de Neurologie et celle de la Société de Thérapeutique; cette année, enfin, la présidence de la Société de Pédiatrie.

F. L. S.

Faculté de Médecine de Paris. — *Session de réparation de février 1940.* — Les consignations pour la session de réparation de février 1940 seront reçues les lundi 4 et mardi 5 décembre 1939, au secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures (guichet II, pour 1re, 2e, 3e années ; guichet III pour 4e, 5e années).

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Mandoul, professeur de zoologie et parasitologie, ayant à faire valoir ses droits à la retraite.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Piéri, agrégé, est chargé provisoirement à nouveau de la chaire de l'enseignement de la clinique exotique.

Faculté de Médecine de Bruxelles. — M. le professeur Albert Dustin, pro-recteur de l'Université libre, a été élu président de la Faculté de Médecine, en remplacement de M. le professeur Auguste Ley, arrivé au terme de sa présidence.

Le nouveau bourgmestre de Bruxelles est un médecin. — Le grand et si regretté bourgmestre de Bruxelles, Adolphe Max, était fils de médecin et témoignait en toute circonstance de ses sympathies pour nos confrères.

Son successeur, M. Van de Meulebrœck, docteur en médecine de l'Université libre de Bruxelles, praticien, ancien médecin de bataillon en 1914, ancien député, était déjà, auprès de Max, échevin chargé de l'hygiène de Bruxelles.

Guerre. — DÉMOBILISATION. — Une décision vient d'être prise, au sous-secrétariat d'Etat de la Défense nationale et de la Guerre, prescrivant le renvoi dans leurs foyers d'un certain nombre d'officiers de réserve du Service de Santé dont la présence sous les drapeaux, dans les circonstances actuelles, n'était pas rigoureusement indispensable.

Faculté de Droit de Paris. — Le professeur LAIGNEL-LAVASTINE a commencé son cours de *psychiatrie médico-légale élémentaire* à la Faculté de Droit le jeudi 30 novembre 1939, à 11 heures. Amphithéâtre n° 3 et le continuera tous les jeudis suivants, à même heure.

Jeudi 7 décembre 1939 : Capacité pénale.

Jeudi 14 décembre 1939 : Réactions antisociales des alcooliques.

Jeudi 21 décembre 1939 : Réactions antisociales des toxicomanes.

Jeudi 4 janvier 1940 : Réactions antisociales des déments.

Jeudi 11 janvier 1940 : Réactions antisociales des délirants.

Jeudi 18 janvier 1940 : Réactions antisociales des périodiques épileptiques et des hystériques.

Jeudi 25 janvier 1940 : Réactions antisociales des paranoïaques.

Jeudi 1er février 1940 : Réactions antisociales des déséquilibrés, des pervers instinctifs et des obsédés.

Jeudi 8 février 1940 : L'homicide pathologique.

Jeudi 15 février 1940 : Limites du vol morbide.

Jeudi 22 février 1940 : Attentats aux mœurs.

Jeudi 29 février 1940 : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

UMFIA. — Le Conseil d'administration de l'UMFIA tiendra sa séance statutaire le lundi 18 décembre, à 6 heures très précises du soir, dans les salons de lecture du *Monde Médical*, 42, rue du Docteur-Blanche (16e).

CHRONIQUE

LA LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR HENRI BÉNARD

Malgré la guerre, la vie universitaire continue. La semaine passée, le professeur AUBERTIN avait pris possession de la *chaire de thérapeutique* et fait une leçon qui fut magnifique et à laquelle nous n'avons pu malheureusement assister. Huit jours plus tard le professeur Henri BÉNARD a pris possession à son tour de la *chaire de pathologie expérimentale et comparée* où il succède à Noël Fiessinger.

Dans le grand amphithéâtre largement éclairé, qui contraste avec l'obscurité de guerre du hall et des couloirs de la Faculté, une assistance très nombreuse est venue écouter le nouveau professeur. Assistance de guerre, beaucoup de dames, énormément d'uniformes kaki, depuis les E. O. R. jusqu'aux grands chefs du Service de Santé. Dans l'hémicycle, voici le médecin général inspecteur Sieur, président de l'Académie de Médecine, et le professeur Achard. Les médecins généraux inspecteurs Dopter, Rouvillois, Sacquépée, et puis je cite sans ordre : MM. Louis Martin, Ramon, Rathery, Guéniot, Verne, Apert, Leroux, Guillain, Gougerot, Duvoir, Aubertin, Etienne Bernard, Pasteur Vallery-Radot, Basset, Flurin, Hahn, Mme Simone Laborde...

Précédé du massier, M. Henri Bénard fait son entrée salué par des applaudissements chaleureux. M. le recteur Roussy et M. le doyen Tiffeneau l'accompagnent. La délégation en robe comprend les professeurs Baudouin, Clerc, Binet, Lereboullet, Carnot, Villaret, Lemierre, Terrien, Lemaître, Polonowsky, Etienne Chabrol.

M. TIFFENEAU présente le nouveau professeur. Elégant et précis, comme à l'habitude, le doyen dit, avec une pointe d'émotion, le bien qu'il pense du nouveau maître.

M. Henri BÉNARD, après avoir remercié le recteur et le doyen, rappelle ses souvenirs de jeunesse. C'est son père, ancien polytechnicien, ancien officier d'artillerie et médecin praticien, qui l'orienta vers la médecine et lui donna le goût du travail et de la précision scientifique. M. Bénard appartient d'ailleurs à une grande famille médicale. N'était-ce pas la robe de son parent, Menétrier, que portait le nouveau professeur sur son uniforme à quatre galons ?

La leçon inaugurale de M. Bénard fut telle qu'on l'attendait de lui. Lue avec simplicité, elle fut un modèle de science et de clarté. Les idées originales y abondent. On y trouve aussi cette sensibilité et cette délicatesse que connaissent tous les amis de M. Bénard. Il en donna une nouvelle preuve en exprimant sa reconnaissance à ses maîtres : au si regretté Gilbert, à MM. Achard, Roger, Carnot. A ses amis : Baudouin, qu'il aime comme un frère aîné et qui peut aujourd'hui être justement fier du succès de son cadet ; à Etienne Chabrol, son fidèle compagnon ; à Lereboullet, à Rathery, à Villaret, il dit toute son affection.

M. Bénard a consacré sa leçon à *l'esprit scientifique médical*. Après avoir montré le développement de cet esprit, depuis Lavoisier jusqu'à Pasteur, en passant par Jenner, Laennec, Claude Bernard, il nous parle des recherches de Brown-Séquard, de Vulpian, de Strauss, de Chantemesse ; il établit ensuite, en le délimitant, un programme d'enseignement qui, cette année, en raison des circonstances, restera élémentaire.

Et, en terminant, M. Bénard montre son souci de la situation matérielle des assistants et des étudiants. Il dit aussi sa confiance dans l'avenir de notre pays.

Est-il besoin de dire avec quelle ferveur il fut applaudi ?

F. L. S.

Le Ministre de la Santé Publique communique : « *Sauver la race* ». — *Une bonne nouvelle pour les philatélistes.* — Les collectionneurs de timbres-poste se réjouiront d'apprendre que le nouveau timbre postal avec surcharge : « Pour sauver la race » (teinte verte), est en vente dans les bureaux de poste. Tous les Français, d'ailleurs, soucieux de combattre les maladies héréditaires, s'empresseront d'affranchir leurs lettres au moyen de ce timbre, et de participer ainsi à la défense sanitaire du pays.

REVUE GENERALE

DES TRAVAUX DE CHIRURGIE DE GUERRE

(Septembre-Octobre 1939)

Par le professeur Jeanneney

(de Bordeaux)

PLAIES DES PARTIES MOLLES

Le meilleur traitement de la plaie de guerre est *son excision en bloc,* suivie ou non de suture primitive. L'excision, ou épluchage, est indispensable en raison de l'infection rapide de la plaie : de son exécution dépend l'évolution de la blessure. Roux (de Montpellier) nous rappelle les règles essentielles de cette technique.

L'excision doit être totale, c'est-à-dire enlever en bloc au bistouri et aux ciseaux corps étrangers et tissus souillés ou mortifiés par le trauma. *L'excision doit être large,* c'est-à-dire passer en tissu sain sans exagération ni parcimonie avec le but de faire entrer d'emblée la plaie dans sa phase de réparation. *L'excision doit être précoce* pour barrer la route à la pullulation microbienne qui débute à la sixième heure et infiltre les tissus attrits vers la douzième heure.

Pour exécuter aseptiquement cette opération, le chirurgien disposera d'au moins de deux jeux d'instruments et de gants, et suivra les temps suivants :

1° *Désinfection des téguments :* savonnage, rasage, dégraissage à l'éther, teinture d'iode (Marquis).

2° *Excision cutanée, drainage des décollements* sus-aponévrotiques. Exciser au bistouri les lèvres de la plaie en passant à 1 centimètre du bord, en tissu sain, saignant bien. S'il existe des décollements, les mettre à plat ou faire des contre-ouvertures de drainage au déclive.

3° *Excision aponévrotique.* — Ebarber aux ciseaux les bords effilochés. Débrider pour voir la profondeur.

4° *Excision du trajet et de la chambre d'attrition.* Enlever aux ciseaux, sous le contrôle de la vue, sans jamais y promener les doigts, les *muscles dévitalisés,* c'est-à-dire de teinte brunâtre ou terne, ne saignant pas à la section, ne donnant pas de secousse musculaire à la coupe. Enlever les corps étrangers. Ne jamais nettoyer la chambre d'attrition à la curette, mais exciser sous le contrôle de la vue tout ce qui est mortifié. Faire l'hémostase.

Contrairement aux *sétons* par balle qui guérissent simplement, les sétons par éclat d'obus doivent être débridés, excisés, mis à plat. Proscrire les nettoyages aveugles (ramonage par mèche de gaze ; lavage du trajet avec antiseptiques sous pression).

En cas de *projectile profond,* mais facilement accessible par une contre-ouverture, débrider sur le corps étranger et l'enlever.

Toute l'intervention doit être poursuivie aseptiquement et sous le contrôle de la vue, donc avec des débidrements suffisants (Roux. Le traitement de la plaie de guerre. *Presse Médicale,* 4 octobre 1939).

Leriche avait, il y a quelques mois, rappelé ces mêmes règles : la guérison d'une plaie dépend de deux facteurs : *d'abord,* sa stérilisation par excision et mise à plat : un bon coup de ciseau valant mieux que tous les antiseptiques et tous les drainages ; *ensuite,* son immobilisation rigoureuse et prolongée, les pansements eux-mêmes étant considérés comme des traumatismes susceptibles d'aggraver la blessure (Leriche, l'idée listérienne en 1939. *Gazette des Hôpitaux,* 2 avril 1939).

C'est ce *principe d'immobilisation des plaies* qui a été expérimenté au cours de la guerre d'Espagne soit pour des raisons dogmatiques, soit pour des raisons économiques (pénurie de médecins et de matériel). Lardennois en a donné une étude d'ensemble (*Union Fédérative Nationale des Médecins de Réserve,* mai 1939), Dieulafé et Baudet, Peyreton, Creyssel et Texier en ont également rapporté les résultats; Fischer (*Concours Médical,* 6 août 1939) et Lacroix (*Concours Médical,* 22 octobre 1939) ont résumé ces divers travaux. La méthode consiste à faire un nettoyage chirurgical soigné de la plaie suivi d'un pansement ouaté enveloppé par un plâtre occlusif, qui sera laissé en place jusqu'à plusieurs semaines. Sous le plâtre souillé de sang et de sécrétions purulentes, l'infection évolue de manière torpide, sans réactions inflammatoires vives, et sans douleurs.

Il semble qu'une plaie enfermée sous plâtre ne guérisse ni plus vite ni mieux qu'une plaie correctement excisée et suturée secondairement. Mais le bandage plâtré est un excellent moyen d'immobilisation pour les évacuations à longue distance. Il semble donc que les blessures de deuxième et troisième urgence en cas d'afflux important de blessés nécessitant des évacuations massives sur l'arrière pourraient bénéficier de ce mode de traitement qui, d'ailleurs, avait été préconisé lors de la dernière guerre par quelques chirurgiens (Pouliquen, Leveuf).

FRACTURES DE GUERRE

Dans les *fractures de guerre,* les Espagnols, après épluchage correct du foyer bourraient la perte de substance de vaseline et évacuaient le blessé dans un appareil plâtré sans fenêtre qui n'était enlevé qu'au bout d'un mois. Frueta Raspall, dans une petite monographie (Barcelone, 1938) nous en dit le plus grand bien. Arnaud, Pervès et Caire sont moins enthousiastes, beaucoup de fracturés faisant des cals volumineux et atteints d'ostéite. Lorsqu'il s'agit de fractures graves (fémur), les tentatives que nous avons pu voir n'emportent pas la conviction. Le plâtre arrive toujours souillé et ramolli par les sécrétions de la plaie et il faut l'enlever. Les meilleurs appareils d'évacuation semblent encore être soit les gouttières du Service de Santé, soit les attelles type Lardennois, soit les gouttières plâtrées antérieures contre lesquelles le membre est en quelque sorte suspendu. La question reste à l'étude.

Judet signale l'intérêt qu'il peut y avoir à immobiliser les fractures de guerre par *fixation externe* à l'aide de *fiches.* Celles-ci sont bien tolérées et permettent une bonne contention des lésions sans utiliser de plâtres (Judet, *Société de Médecine de Paris,* 9 juin 1939).

RECHERCHE DES CORPS ÉTRANGERS

Un temps essentiel du nettoyage de la plaie de guerre est l'ablation des corps étrangers.

La *méthode de Strohl* est encore à l'heure actuelle la *plus pratique méthode de localisation des projectiles.* Elle repose sur les propriétés des triangles semblables. On réalise donc un premier triangle essentiellement constitué par trois points : le foyer de l'ampoule et deux repères opaques (*a et b*), solidaires de l'ampoule, placés sur le rayon normal et à une distance telle l'un de l'autre que cette distance (*a b*) est égale à la moitié de la longueur de la perpendiculaire menée de l'anticathode à la ligne (*a b*) unissant les deux points. Si on construit un triangle semblable, il aura les mêmes propriétés, en particulier sa base sera égale à la moitié de sa hauteur.

Repérant alors à l'écran le corps étranger, on fait coïncider en déplaçant l'ampoule (qui entraîne en même temps les repères *a* et *b*) l'ombre de chacun des repères (*a' et b'*) successivement avec l'ombre du corps étranger. La ligne qui unit ces points *a' b'* représente la base d'un triangle dont le sommet correspond au corps étranger. *Et la longueur de cette ligne a' b' représente la moitié de la distance du corps étranger à la peau* (lorsque l'écran est bien appliqué sur celle-ci) (Dariaux et Desgrez. *Presse Médicale,* 20 septembre 1939, n° 73, p. 1349).

AMPUTATIONS

(*Moignons utiles et moignons utilisables*)

Leriche, étudiant près de 80.000 observations d'amputés de la dernière guerre, constate que 50 % des amputés du membre inférieur ont dû être réopérés pour être appareillés, et 16 % ont même été réamputés de deux à quatre fois. Les opérateurs classiques de médecine opératoire s'avèrent ici comme donnant de médiocres résultats éloignés.

Rien ne doit donc être improvisé dans le choix d'une technique d'amputation.

Sans doute, faut-il d'abord *sauver la vie du blessé* par une opération rapide, saignant peu, non choquante (infiltrer le sciatique à la novocaïne) et ne risquant pas l'infection (ne pas suturer la peau, rapprocher seulement les muscles). Sans doute, faut-il *éviter le moignon douloureux* de demain en prévenant le neurogliome d'amputation par une infiltration alcoolique des nerfs. Mais il faut surtout *avoir un moignon appareillable.*

Au membre inférieur, on cherchera à avoir un bon point d'appui et une longueur convenable.

Dans cet esprit, Leriche rejette le Chopart, l'amputation de jambe au lieu d'élection, la désarticulation du genou et opérations similaires (Gritti) ; il leur préfère le Syme et les amputations au tiers inférieur (jambe et cuisse).

Au membre supérieur, il faut, en principe, avoir un moignon long par amputation dans la continuité. Les désarticulations (sauf les carpo-métacarpiennes) sont à rejeter parce que longues à cicatriser et difficilement appareillables. Les procédés à deux lambeaux (l'antérieur plus long) sont les meilleurs ; on ne les suturera pas immédiatement (Leriche, *Presse Médicale,* 13 et 20 septembre 1939, nos 72 et 73).

TRAUMATISMES CRANIENS

1° *Traumatismes fermés.*

Baudouin et Schaeffer résument, dans une revue générale les nombreuses acquisitions réalisées dans ce domaine depuis les rapports de Leriche (1926), d'Alajouanine, Maisonnet et Petit-Dutaillis (1928) jusqu'aux récentes mises au points de Krebs (1939).

Les accidents primitifs, précoces, surviennent soit d'emblée, soit après un intervalle libre : ils traduisent le plus souvent une *compression cérébrale* dont l'origine sera cherchée tantôt dans un *hématome extradural* (accidents parétiques, convulsifs ou stuporeux rapidement progressifs après intervalle libre) ; tantôt dans un *hématome sous-dural* (céphalée, obnubilation après intervalle) ; tantôt dans de l'*œdème cérébral* (coma ou état confusionnel avec agitation ou obnubilation), tantôt dans un *collapsus ventriculaire* (hypotension du liquide céphalo-rachidien), tantôt dans une *méningite séreuse* (hypertension, troubles de la mémoire, du caractère, baisse de la vue). Chacune de ces causes comporte une thérapeutique particulière.

Les accidents tardifs (50 % des traumatisés) constituent le *syndrome subjectif des commotionnés du crâne.* On sait que ce syndrome comprend non seulement des *signes subjectifs* (céphalées, étourdissements, éblouissements, nervosité, émotivité, insomnie, asthénie, troubles visuels, troubles otologiques, bourdonnements et vertiges), mais encore des *signes objectifs* (tremblements, tachycardie, instabilité vaso-motrice, instabilité de la pression rétinienne, inégalité pupillaire, réactions vives aux épreuves labyrinthiques, enfin modifications de la tension du liquide céphalo-rachidien et hyperalbuminose) (Baudouin et Schaeffer. La Neurologie en 1939. *Paris Médical,* 7 octobre 1939, p. 217).

Le *traitement des hypotensions* après traumatisme fermé a été rappelé récemment par Delannoy et Desmarez. Il consiste dans l'injection intraveineuse de doses (150 cm³) répétées de sérum physiologique (ou légèrement hypotonique à 3 o/oo) à 40°. On y ajoutera, pour rétablir la sécrétion des cellules choroïdiennes de l'acétylcholine-yohimbine (Delannoy et Desmarez. L'hypotension du liquide céphalo-rachidien consécutive aux traumatismes fermés du crâne. *Journal de Chirurgie,* t. 53, n° 4, avril 1939, p. 449).

Le *traitement des hypertensions* relève, on le sait, des injections intra-veineuses de sérum hypertonique ou de cyanure de mercure, des lavements hypertoniques, enfin de la ponction lombaire ou d'opérations décompressives, selon la cause de l'hypertension (Krebs. Diagnostic et indications opératoires dans les complications des traumatismes cranio-cérébraux fermés. *Revue neurologique,* avril 1939, t. 71, n° 4, p. 369).

2° *Traumatismes ouverts. Plaies cranio-cérébrales par projectiles.*

D'une série d'exposés à l'Académie de Chirurgie par Clovis Vincent, de Martel, Lenormant, Rouvillois,

Pierre Duval, Chevassu, Gosset, Robineau, Maisonnet, Bazy, Sieur, etc., on peut déduire les conclusions pratiques ci-dessous.

Parmi les blessés du crâne, les uns sont des morituri que les ambulances de l'avant arrêtent, mais pour qui la chirurgie perd ses droits (Gosset). Les autres peuvent être aisément transportés vers des centres spéciaux. P. Duval, comme Maisonnet, montre que pour ces blessés, les trois questions : *quand opérer? Comment? Où ?* sont solidaires et se ramènent en somme, au moment où le blessé a été relevé : il rentre alors, selon le temps écoulé depuis la blessure dans le cadre des première, deuxième ou troisième urgence, puisqu'il est admis qu'un crâne peut-être opéré dans les vingt-quatre heures qui suivent sa blessure, c'est-à-dire avant l'hématome, l'infection ou l'œdème cérébral. Dans ce sens, et conformément aux prescriptions militaires, chaque armée a constitué un *Centre de neurochirurgie* dont Bazy a pu réaliser un modèle avec neurochirurgien, divers spécialistes et labratoire de bactériologie; les blessés y sont conduits par autorail ou avion, sans perte de temps.

Pour ce qui est de la technique opératoire, il est évidemment préférable de confier le blessé cranien à un neuro-chirurgien, mais « un chirurgien attentif, qui veut bien suivre certaines règles, peut rendre autant de services qu'un neuro-chirurgien » (Clovis Vincent). Et d'ailleurs, le neuro-chirurgien peut facilement apprendre aux chirurgiens ordinaires les données techniques indispensables pour faire de la bonne chirurgie cranienne (de Martel). C'est pourquoi les polyblessés porteurs en outre de plaie du crâne pourront recevoir des soins dans les formations plus avancées que le centre de neuro-chirurgie (Rouvillois, Lenormant).

L'intervention répondant aux règles habituelles de la chirurgie de guerre aura pour but d'enlever les parties contuses tant tégumentaires que cérébrales, ainsi que les corps étrangers (Chevassu, de Martel, Vincent).

Si la plaie n'est pas pénétrante, on excisera jusqu'à l'os les parties suspectes, *on vérifiera le crâne* et on suturera.

Si la plaie est pénétrante, après excision des téguments et nettoyage de la brèche osseuse, on résistera au désir d'agrandir celle-ci à la pince gouge pour éviter une perte de substance, mais on taillera un volet osseux centré sur la plaie, convenablement nourri par les muscles et téguments et qui sera ensuite remis en place (de Martel, Vincent, Robineau).

Le volet soulevé, la dure-mère sera suspendue tout autour de la tranche osseuse par quelques points de catgut amarrés à la couche profonde du cuir chevelu. On posera également dans cette région quelques clips sur la dure-mère pour en faire l'hémostase. Celle-ci réalisée, ouvrir la dure-mère tout autour du bord de l'orifice osseux de manière à tailler un lambeau dural un peu moins large que le lambeau cutanéo-osseux.

La *plaie cérébrale* est alors bien exposée : enlever les esquilles, enlever aux ciseaux les parties cérébrales contuses et œdémateuses, tout en faisant une hémostase soigneuse de la tranche centrale (clips, électro-coagulation).

Continuer ainsi l'épluchage du trajet suivi par le projectile et l'enlever avec les corps étrangers entraînés. On se gardera cependant de faire des lobectomies larges (Rouvillois).

Si le projectile est mal accessible par la voie directe, on n'hésitera pas à faire une contre-ouverture dans son voisinage après soigneux repérage radiographique (Gosset).

Réparation. — Vérifier l'hémostase, suturer la brèche dure-mérienne faite par le projectile, ou, si la perte de substance est trop étendue, la réparer par un fragment aponévrotique.

Rabattre le volet osseux et suturer le lambeau en deux plans : profond (galéa) et superficiel (peau). Ne pas drainer ou drainer seulement vingt-quatre heures (Robineau).

Dans cette chirurgie, les délais d'intervention peuvent, selon certains êtres, reculés jusqu'à soixante heures. En réalité, on doit s'efforcer de prévenir ici l'infection, c'est-à-dire d'évacuer le blessé cranien sur le centre de neuro-chirurgie avant vingt-quatre heures.

Rappelons qu'il est déconseillé d'inciser le cuir chevelu en croix, d'élargir la brèche cranienne, de tamponner le cerveau (*Mémoires Académie de Chirurgie*, t. 65, nos 24-25, septembre-octobre 1939).

PLAIES DE GUERRE DE LA FACE

Les plaies de guerre de la face sont le plus souvent des plaies irrégulières avec ou sans perte de substance, avec ou sans lésions osseuses. Leurs *accidents immédiats* sont l'hémorragie, l'asphyxie par bascule de la langue (évitable si on fixe l'organe par un fil de soie), la dysphagie, l'infection (d'ordinaire légère).

On devra donc s'abstenir de toute exérèse des parties molles, et même on pourra faire des points de rapprochement lâches, sous anesthésie locale (les complications pulmonaires étant fréquentes).

Les accidents tardifs de ces plaies tiennent à l'apparition de cicatrices rétractiles inesthésiques et gênantes. On devra donc éviter de faire des plaies nouvelles par débridement, et on s'efforcera de guider sans perte de temps la cicatrisation par des moyens prothétiques appropriés. C'est dire que ces blessés seront traités dans des centres spéciaux.

Dans les plaies de l'étage supérieur de la face, s'il n'y a pas de lésion osseuse, nettoyer et suturer avec soin (surtout les paupières).

S'il y a fracture de l'orbite, surveiller attentivement les lésions des parois supérieure et interne de l'orbite, points de départ possibles d'infection méningo-encéphalique.

Dans les fractures du plancher de l'orbite, par contre, c'est un but esthétique que l'on visera.

On sera très réservé des opérations mutilantes du globe oculaire, même en présence d'infection, l'ophtalmie sympathique étant exceptionnelle.

Dans les plaies de l'étage moyen, on sera très peu interventionniste, les esquillectomies exposant à fissurer la base du crâne (méningo-encéphalite) et à effondrer l'auvent nasal. Les plaies latérales de l'étage

moyen provoquent des hémorragies telles que l'on doit parfois lier la carotide externe. Les brèches des sinus seront fermées et la cavité drainée par le vestibule.

Dans les plaies de l'étage inférieur, deux dangers sont à signaler : les hémorragies de la linguale nécessitant la ligature de la carotide externe ; l'infection du plancher buccal nécessitant un drainage d'urgence.

On sera très réservé dans les esquillectomies au maxillaire inférieur. Une immobilisation précoce et soigneuse des fragments évitera les décollements périostiques et les nécroses secondaires (Ch. Ruppe. *Presse Médicale*, 13 septembre 1939, p. 1334).

COMPLICATIONS DES BLESSURES DE GUERRE

Gangrène gazeuse.

On rencontre, dans la flore microbienne, des gangrènes gazeuses de guerre, un nombre considérable de germes aérobies et anaérobies qu'il y a un intérêt majeur, au point de vue scientifique et thérapeutique, à isoler avec le plus de précision possible.

Mais, dès maintenant, la connaissance de ces germes permet d'instituer une prophylaxie et un traitement efficace des gangrènes gazeuses, *l'acte chirurgical restant, de toute évidence, l'élément essentiel de lutte contre la gangrène gazeuse.* On utilisera, à titre préventif, dit Weinberg, une dose massive de sérum antigangréneux polyvalent (perfringens, vibrion septique, œdematiens, histolyticus, sporogenes) à la fois antitoxique et antimicrobien.

Il en sera de même dans le traitement de la gangrène gazeuse déclarée où la sérothérapie sera administrée à doses massives (200 cm³ par jour, dilués dans 800 cm³ de sérum physiologique et injecté par voie intraveineuse en goutte à goutte) (Weinberg. La gangrène gazeuse. Enseignements de la guerre de 1914-1918. *Académie de Médecine*, 17 octobre 1939).

H. Vincent souligne à son tour l'utilité de la sérothérapie antigangréneuse polyvalente dont il fut le premier à préconiser l'emploi et dont l'efficacité s'est affirmée non seulement au cours de la guerre de 1914, mais encore au cours des campagnes de Syrie et du Maroc. Les nouveaux sérums sont d'une haute efficacité.

Nous le répétons, la sérothérapie antigangréneuse sera toujours utilisée comme le complément d'une intervention chirurgicale de débridement et d'exérèse.

L'étude de la *gangrène post-opératoire*, cette si grave complication qui survient parfois après intervention pour appendicite gangréneuse ou pour amputation du rectum cancéreux, en fournit une preuve de plus. Comme le montre Wilmoth, cette affection extensive avec gangrène putride des téguments ne cède qu'à une *large exérèse*, dont les autres traitements (sérothérapie, chimiothérapie) ne sont que de modestes adjuvants (Wilmoth. Gangrène cutanée progressive post-opératoire. *Presse Médicale*, 11 octobre 1939, n° 76, p. 1397).

TÉTANOS

Bien que la vaccination antitétanique nous mette probablement à l'abri de cette terrible complication, il n'est pas sans intérêt d'étudier avec Lenormant le *mécanisme de l'intoxication tétanique*. Après avoir passé en revue les expériences de Marie et Morax sur le passage de la toxine par les nerfs vers les centres, celles d'Albert sur l'intoxication première par voie sanguine permettant l'imprégnation nerveuse et le cheminement par les nerfs vers les centres, Lenormant expose les expériences d'Abel, qui démontrent qu'il est impossible d'expliquer le tétanos par la théorie du cheminement nerveux. La toxine agirait, d'une part, sur les centres nerveux (d'où l'hyperréflectivité), d'autre part, sur les plaques terminales des nerfs moteurs et sur les fibres striées (d'où la contracture).

L'hypothèse d'Abel, bien que ne reposant pas sur des constatations anatomiques, explique le tétanos par une action de la toxine sur *les seuls muscles striés*, d'où, selon l'intensité de l'imprégnation, apparition de tétanos localisés ou de tétanos généralisés. La toxine qui chemine, comme tous les poisons, par voie sanguine, se fixe rapidement sur les organes spécifiquement réceptifs et sur les autres en moins forte quantité cependant. *Le sérum agit sur la toxine après sa fixation* et en un temps qui varie avec la quantité de toxine fixée.

Mais on ne peut expliquer encore l'inactivité du sérum sur les contractures.

Peut-être se forme-t-il des lésions cellulaires encore inconnues et sur lesquelles le sérum ne saurait agir ? (Lenormant). Peut-être la toxine se transforme-t-elle et de ce fait ne peut réagir avec son anticorps ? Peut-être y a-t-il apparition d'un corps nouveau différent de la toxine et par conséquent insensible au sérum (Doyon et Courmont) autant de questions importantes pour le traitement du tétanos et sur lesquelles l'avenir nous éclairera (Lenormant. Sur le mécanisme de l'intoxication tétanique. *Presse Médicale*, 27 septembre 1939, p. 1371).

TRAITEMENT DES BRULÉS

Le grand brûlé est un choqué à qui il faut épargner des douleurs inutiles. Secondairement, il devient un toxémique par résorption des albumines détruites au niveau du foyer, puis il est exposé à des complications infectieuses.

Ainsi, en cas de guerre, dit Masini, il faut éviter autant que possible au brûlé des traumatismes et des douleurs inutiles en l'expédiant directement sur l'H. O. E.1. Tout au plus sera-t-il au P. S. D. réchauffé, réhydraté, *morphiné*, immunisé contre le *tétanos*.

Traitement local. — A l'H. O. E.1, le brûlé sera dévêtu, puis la brûlure sera largement irriguée avec un antiseptique faible ou au sérum artificiel tiède. La périphérie sera désinfecté à l'iode ou au *violet de gentiane.*

On évitera le mercurochrome sur la zone brûlée en raison des résorptions toxiques possibles. La brûlure ainsi nettoyée sera soumise au tannage qui empêche par coagulation des tissus morts toute autolyse et toute résorption. On utilisera soit des bains dans une solution de tanin à 2 0/00, soit une pulvérisation d'une solution à 8 %, soit un badigeonnage avec une solution de tanin à 20 %, cette dernière ayant l'inconvénient de faire une croûte instantanée mais peu profonde.

Au bout de quelques semaines, la croûte se détache et met à jour une bonne cicatrice. Si l'on ne peut utiliser le tannage, les pansements à l'huile de foie de morue ou de flétan riche en vitamine A, peuvent aussi être employée, mais avec moins de succès. Le brûlé tanné sera laissé sans pansement dans des draps propres. Ainsi, on évitera les douleurs, les résorptions toxiques, les hémorragies, l'infection secondaire. Le traitement est économique et à tous points de vue mérite d'être utilisé.

Les brûlures peu étendues et profondes seront traitées comme des blessures par excision et suture.

Traitement général.

Il consistera dans la lutte contre l'intoxication, source de lésions mortelles des centres gris paratubériens. Donc, en même temps qu'on immobilisera par tannage précoce les toxines, on soutiendra le cœur, on rehydratera et rechlorurera l'organisme par injections intraveineuses de sérum salé hypertonique, par la transfusion de sang, par l'injection de sérum de convalescent. En même temps, le blessé sera réchauffé et déchoqué (boissons chaudes, sérum salé en goutte à goutte intraveineux, sérum salé hypertonique à 10 %, jusqu'à 100 cm³ par vingt-quatre heures). Ce traitement sera continué aussi longtemps que l'état général l'exigera.

Brûlures par gaz de combat.

Masini conseille de les traiter le plus tôt possible par permanganate de potasse, au bicarbonate de soude, à l'hypochlorite de chaux ; au besoin, ces substances seront appliquées en pansements humides après excision des phlyctènes. Ultérieurement, pansements à l'huile de foie de morue (Masini. Le traitement des brûlés dans les formations sanitaires aux armées. *Sud Médical et Chirurgical*, octobre 1939, p. 609).

VARIÉTÉS

A propos de l'épluchage des plaies

Larrey, dans ses *Mémoires de Chirurgie militaire*, rapporte que son maître Desault, soignant, en 1789, à l'Hôtel-Dieu, les blessés des batailles de la rue Saint-Antoine, préconisait les excisions des parties contuses des plaies.

Voici ce qu'écrit Larrey (1) :

« On prétendait que les incisions changeaient la nature des plaies d'armes à feu. Desault nous apprit qu'il ne suffit pas de rendre une plaie saignante pour la faire passer de l'état compliqué à l'état simple ; que le seul moyen d'y parvenir est de rafraîchir avec l'instrument tranchant les bords contus, puis de réunir la plaie par la suture ; et que ce procédé n'est praticable que dans les coups de feu à la face, avec déchirure des parois molles de la bouche. J'ai mis à profit, dans mes campagnes d'Allemagne et d'Egypte, la leçon pratique de cet homme de génie, qui me paraît avoir fait en cela une des plus importantes découvertes dont la chirurgie puisse s'honorer ».

(1) Paris, 1812. T. I, p. 50.

BIBLIOGRAPHIE

Les plâtres fermés dans les fractures ouvertes par plaie de guerre, par Pierre Lance (*Gazette des Hôpitaux*, 1939, n° 59, p. 1006).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1939

Un stéthoscope à sensibilité et sélectivité variables. — M. Henri-Jean Frossard décrit un stéthoscope qui permet d'éliminer les sons graves recueillis sur un malade ou une machine et de recevoir purs les sons aigus généralement nuisibles (souffles, râles fins chez un malade, manque de graissage ou défaut de poli ou d'ajustage dans les machines).

La suppression à l'audition des sons graves a également des répercussions intéressantes en musique, en radiophonie.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1939

Rapport sur la vaccination antidiphtérique. — M. Jules Renault dépose un rapport au nom de la Commission d'hygiène et des maladies contagieuses sur un projet d'instructions destinées aux médecins chargés de la vaccination antidiphtérique.

Ce rapport, qui est adopté, servira à l'élaboration du règlement d'administration publique qui paraîtra prochainement.

Rapport annuel sur les travaux concernant l'hygiène de l'enfance. — M. Lesage montre que de 1925 à 1938 la mortalité a baissé de 12,8 % chez l'enfant de la première semaine, de 27 % chez celui de la première année et de 46,2 % pour la seconde année. La mortinatalité a également baissé de 10,6 %.

Par contre, la natalité a, dans le même temps, diminué de 23,2 %.

Etude sur les variations de la mortalité infantile. — MM. Lesage et Moine. — L'augmentation de 15 % de la mortalité du nourrisson observée pendant le premier trimestre 1939 fut précédée d'une courte période de très basse température, fin décembre 1938. Cette augmentation, en rapport avec les variations météorologiques, a été enregistrée dans 67 de nos départements ; elle confirme nos précédentes observations sur le risque mortalité infantile, désormais plus grand en hiver qu'en été.

C'est ainsi que la gastro-entérite, liée aux fortes températures estivales, a diminué de 84 % depuis 1906, tandis que les affections de l'appareil respiratoire, sévissant plus spécialement en hiver et au printemps, n'ont rétrocédé que de 17,1 %.

Cette communication fait également état du trop lent déclin du taux de la mortalité par débilité congénitale qui entraîne encore aujourd'hui, avec la mortinatalité, une perte annuelle de 35.000 nouveau-nés.

Immunisation chimio-biologique des rats blancs contre le trypanosoma equiperdum. — MM. Richet et Antoine.

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine). — Classement des candidats. — En première ligne : M. Babonneix. En seconde ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique : MM. Courcoux, Fiessinger, Gougerot, Harvier, Trémolières. Adjoints par l'Académie : MM. Ameuille, Aubertin et Chiray.

Au premier tour de scrutin, M. Babonneix est élu par 59 voix sur 63 votants. MM. Courcoux, Gougerot, Harvier et Chiray obtiennent chacun 1 voix.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1939

M. le professeur Grégoire président, prononce l'éloge de M. Rieffel, récemment décédé.

Lobectomie gauche pour cancer du foie. — MM. Meyer May et Ton-Tat-Tung. — M. Funck-Brentano, rapporteur. — Les auteurs ont réalisé une lobectomie cunéiforme du lobe gauche du foie pour un cancer primitif diagnostiqué cliniquement et vérifié opératoirement et histologiquement. L'opération fut simple, les suites immédiates bonnes. Mais le cancer récidivait au niveau de la plaie opératoire cinq mois plus tard. La technique de la lobectomie est relativement facile : du fait de l'indépendance vasculaire du lobe gauche, l'hémostase est aisée ; le retentissement physiologique est pratiquement nul ; mais le pronostic ultérieur est décevant. Sauf peut-ère le cas spécial d'adénome malin de M. Baumgartner : aucun cas de guérison durable. En conclusion, il s'agit là d'une chirurgie encore expérimentale.

Un cas de macroglossie congénitale. — M. Mikaïlovski. M. Brocq, rapporteur. — L'auteur présente un cas particulièrement grave, opéré, suivi de guérison ; on n'a pas de renseignements éloignés.

Sur l'apoplexie de la vésicule biliaire. — MM. Meyer May et Joyeux. — M. Brocq, rapporteur. — Un jeune garçon est pris brusquement, en pleine santé, d'une douleur de l'hypocondre droit, accompagnée d'une hématémèse. La localisation des signes objectifs fait éliminer une perforation d'ulcus. On pense à un accident anaphylactique et devant l'inaction de l'adrénaline, on opère au sixième jour. Vésicule localement violacée, contenant un liquide sanglant : on résèque la partie malade. Guérison. M. Brocq se demande si l'infarcissement n'est pas secondaire à une infection ou à un volvulus partiel.

M. Grégoire souligne l'intérêt de la question et se propose de présenter ultérieurement des observations personnelles.

Paralysie du sphincter d'Oddi. — M. Buttin, de Liège. — M. Brocq, rapporteur. — Par une expérience ingénieuse, l'auteur étudie la pression des voies biliaires du chien et la tonicité du sphincter d'Oddi. Cette pression augmente sensiblement pendant la digestion et considérablement dans quelques cas comme dans les vomissements. L'hypotonicité du sphincter d'Oddi, dans diverses circonstances, permet le reflux dans les voies pancréatiques du contenu duodénal (sphincter en huit chez le chien, qui entoure les orifices des canaux biliaires et pancréatiques).

Ce mécanisme explique certaines pancréatites hémorragiques.

M. Mondor, opérant un ictère par rétention mécanique par calcul du cholédoque, a constaté une grosse tête pancréatite qu'il a considérée comme une pancréatite chronique. Deux ans après, opérant le même malade pour un kyste pancréatique, il a constaté un épithélioma kystique du pancréas.

Un cas de hernie diaphragmatique gauche opérée. — M. Pierre Duval. — L'auteur a opéré une hernie diaphragmatique découverte de radiographie après alcoolisation du phrénique. Le calme obtenu a beaucoup facilité l'intervention, qui aurait été malaisée et a facilité surtout la suture d'une très large brèche diaphragmatique. La simplicité de ces interventions, où on crée pourtant un grand pneumothorax, est à souligner.

M. Roux-Berger. — Il faut opposer la simplicité des opérations des parois thoraciques, à la dificulté et aux dangers des interventions portant sur le poumon. Les chirurgiens français devraient apprendre le maniement de différentes anesthésies qui facilitent certaines interventions et sont indispensables par exemple en chirurgie pulmonaire.

M. Maurer. — La durée de la paralysie du phrénique est plus longue qu'on a d'abord cru. Une novococaïnisation bien faite peut paralyser le diaphragme un mois. Une alcoolisation, un an et demi à deux ans, ce qui est d'ailleurs variable et imprévisible.

M. Chifoliau a opéré avec la plus grande simplicité une énorme hernie diaphragmatique gauche, sans paralysie phrénique. Le malade avait des troubles gastriques sérieux : l'estomac, le grêle, la rate, l'angle colique gauche étaient dans le thorax et le poumon si rétracté qu'il ne fut jamais vu pendant l'intervention. Malgré l'emploi d'une voie thoraco-abdominale, la simple anesthésie à l'éther et la création d'un grand pneumothorax, le malade s'est remis très vite et quittait l'hôpital guéri quinze jours plus tard. La brèche diaphragmatique qui était longue de 15 centimètres fut aisément suturée.

Présentation. — M. Ménard présente une scie pour section de la diaphyse fémorale.

PRATIQUE MÉDICALE

Maladie de Duhring-Brocq et histidine

Sous la présidence de M. le professeur Gougerot, M. le Dr A. Fourmont vient de soutenir sur ce sujet, à la Faculté de Médecine de Paris, une thèse très intéressante inspirée par M. le professeur E. Aron, de Tours.

On sait que la maladie de Duhring-Brocq s'observe à tous les âges. En premier lieu, l'éosinophilie doit être signalée ; elle peut atteindre et dépasser 10 % dans le sang et et 90 % dans le liquide des bulles. De plus, l'hypersensibilité cutanée à l'égard des diverses substances, l'iodure de potassium, par exemple, est remarquable.

On sait que MM. Tzanck et Cord condensent leur description en ces mots « affection bulleuse polymorphe, généralement herpétiforme, prurigineuse, évoluant par poussées, respectant l'état général, s'accompagnant fréquemment d'éosinophilie dans le sang et dans le liquide des bulles et fréquemment de sensibilité à diverses substances et notamment aux sels halogénés ».

Le traitement a donné lieu à des thérapeutiques excessivement variées, traitements locaux, traitements généraux, vaccins, chocs, hormonothérapie, agents physiques, arsenic, quinine, iode, toutes les substances désensibilisatrices, etc. : le nombre des moyens utilisés rend compte de leur inefficacité.

M. A. Fourmont a essayé, avec d'excellents résultats, une solution de monochlorhydrate d'histidine à 4 % (laristine), dont on connaît l'efficacité dans la thérapeutique de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale.

Il a employé la laristine sous forme d'injections intramusculaires ou sous-cutanées d'une ampoule de 5 cm³ chaque jour pendant trois à quatre semaines et vraiment les effets obtenus ont été des plus encourageants.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


LENIFORME
2.5 et 10%
HUILE ANTISEPTIQUE NON IRRITANTE
est indiqué dans le
CORYZA
PUISQUE
l'agent pathogène
est un virus filtrant
qui ne permet pas
de fabriquer un vaccin
prophylactique ni curatif.
Échantillon :
26, rue Pétrelle, 26
PARIS (9[e])
SE VEND EN FLACON OU EN RHINO-CAPSULES

Nos 99-100. — 13-16 DECEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.
Quelques réflexions sur le cancer et la guerre, par le professeur FORGUE (de Montpellier).

Sociétés Savantes.
Académie des Sciences. — Académie de Médecine. — Académie de Chirurgie. — Société de Biologie.

Notes pour l'Internat.
Fractures du rachis cervical, par E. SAYOUS.

Intérêts Professionnels.
Médecins auxiliaires, par Maurice MORDAGNE.

Congrès.
IIIe Congrès neurologique international de Copenhague, par M. Henri SCHAEFFER (suite).

Livres nouveaux.

Nécrologie

INFORMATIONS

Université de Paris. — « *L'accueil du Midi* » *pour les étudiants et étudiantes.* — Sous les auspices du « Secours Universitaire de l'Académie de Paris, est organisée, à l'intention des étudiants de toutes les Facultés, une œuvre de solidarité destinée à atténuer, pour certains d'entre eux, qu'elle atteint plus particulièrement, la lourde épreuve de la guerre.

A partir du 6 décembre, chaque jour de la semaine, sauf le dimanche, les jeunes gens seront reçus pour le déjeuner, à midi quinze, au lycée Louis-le-Grand, en face de la Sorbonne, et les jeunes filles au lycée Henri-IV, place du Panthéon.

Ils devront se munir d'un avis du doyen de leur Faculté, qu'ils présenteront, avec leur carte individuelle, à l'Economat du lycée. Ils obtiendront ainsi des tickets, dont chacun leur donnera droit à un repas sain et confortable pour le prix de 6 francs, service compris (par carnet de 10 tickets au minimum).

L'avis du doyen leur sera délivré au secrétariat de la Faculté (guichet 4) tous les jours de 9 à 11 heures et de midi à 15 heures.

Faculté de Médecine de Paris. — Le cours de physique a commencé le lundi 11 décembre 1939 (pour tous les étudiants de 2e année), à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique, et le mardi 12 décembre 1939, à la même heure et au même amphithéâtre pour les étudiants de 1re année, mobilisables en 1940.

Un autre cours aura lieu pour les étudiants de 1re année non mobilisables en 1940 pendant le 2e semestre.

Les travaux pratiques commenceront le vendredi 15 décembre 1939 à 8 heures précises.

La prophylaxie des maladies vénériennes vient de faire l'objet d'un décret que publie le *Journal Officiel* du 7 décembre 1939.

Ce décret très important et sur lequel nous aurons certainement à revenir, contient notamment un article ainsi conçu (article 2) : *Tout médecin, s'il constate qu'un malade de l'un ou l'autre sexe atteint d'accidents vénériens contagieux expose un ou plusieurs individus à la communication de la maladie dont il est atteint, est autorisé à prévenir l'autorité sanitaire de l'imprudence nocive commise par ce malade.*

« *Le médecin usant de cette faculté ne peut, en aucune manière être mis en cause par l'autorité sanitaire ou contraint de déposer en justice sur le fait de la maladie* ».

Les articles suivants limitent cette modification à la règle du secret professionnel, puis s'occupent de la protection des nourrices et des enfants nourris au sein, etc. Signalons, enfin, que *nul ne pourra être inscrit pour le cinquième examen de doctorat sans avoir fait un stage dans un service spécial consacré aux maladies vénériennes.*

Ministère de l'Intérieur. — Le *Journal Officiel* du 5 décembre publie un décret relatif à *l'exercice de la profession médicale en Algérie en temps de guerre.* Ce décret étend *à l'Algérie*, en l'adaptant le décret du 11 septembre sur l'exercice de la profession médicale en temps de guerre. (V. *Gazette des Hôpitaux*, 1939, nos 75-76, p. 1254.)

Guerre. — Le *Journal Officiel* du 5 décembre publie un décret relatif à l'*Institut de la recherche scientifique appliquée à la défense nationale.*

VIIIe Congrès de l'Association Internationale de Thalassothérapie. — Le volume contenant les rapports et ses communications a été envoyé à tous les adhérents. Ceux qui, en raison des circonstances, n'ont pas reçu ce volume, sont priés d'adresser leur réclamation au Secrétariat du Congrès : 8, rue André-Michel, Montpellier.

Le volume est en vente, au prix de 50 francs, à la librairie Dubois et Poulenc, Grand'Rue, Montpellier.

La maison de santé médico-chirurgicale, 4, rue du Sergent-Hoff, Paris, 17e arrondissement, Wagram 80-74, qui était fermée depuis la guerre, informe le Corps médical qu'elle est à nouveau ouverte à tous les chirurgiens, spécialistes et médecins (permanence jour et nuit).

Fondation Ancel H. Roffo. — Cette fondation a pour but de favoriser, par la création de bourse de voyage, les relations scientifiques concernant le cancer, entre la France et la République d'Argentine.

La Ligue Française contre le Cancer, chargée de l'attribution de ces bourses, mettra une somme de 25.000 francs à la disposition d'un Français désirant faire un stage à Buenos-Aires à l'Institut de Médecine expérimentale pour l'étude et le traitement du cancer, pendant l'année 1940.

Adresser les demandes au siège de la Ligue, 6, avenue Marceau, Paris (8e) avant le 30 avril 1940.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Médecins auxiliaires

Mon dernier article (*Gazette des Hôpitaux*, 1er novembre 1939) sur l'activité de l'*Association corporative des Etudiants en médecine de Paris*, pendant la guerre, m'a valu l'envoi de beaucoup de lettres. J'ai toujours répondu à ces lettres qui émanaient d'étudiants, mais surtout de docteurs.

Il ressort de la lecture de cette correspondance que le jeune médecin surtout, se fait de l'armée une idée confuse, en s'imaginant qu'on peut brûler les étapes de l'avancement.

Rappelons à nos lecteurs que dans le Service de Santé militaire, comme dans les autres armes et services, il existe une filière dont la base s'appelle le peloton des E. O. R. (élèves officiers de réserve).

Les camarades de la *Corpo* qui y sont, comme ceux qui y ont été, en conservent un excellent souvenir. On y est bien traité, assez bien nourri, et on couche sur des paillasses. Les gradés sont très « chics » et les cours y sont instructifs : telle est l'opinion générale.

Jeunes médecins qui voulez des galons, allez aux pelotons d'instruction des élèves-officiers de réserve du Service de Santé, vous y préparerez votre brevet de *médecin auxiliaire*, et, si vous êtes reçus, vous serez nommés. Puis, quand vous aurez fait plusieurs mois de guerre vous pourrez être nommés sous-lieutenants.

Pourquoi ne feriez-vous pas comme les autres militaires qui gagnent leurs galons ?

Surtout n'allez pas trouver vos députés pour faire abolir le grade de médecin auxiliaire sous le prétexte qu'il est mal payé ! Il est payé comme l'adjudant, 4 fr. 45 par jour, plus le prêt-franc.

Vos anciens de la grande guerre touchaient *moins* et ne s'en trouvaient pas mal.

Il faut arrêter cette campagne dans l'œuf parce qu'elle est néfaste, et qu'elle est vouée à un échec certain. Si elle réussissait, c'est clair, les jeunes de la médecine à 12 inscriptions ou docteurs, iraient à l'armée comme 2e *classe et pas du tout comme sous-lieutenants*, ainsi que le pensent quelques imprudents. L'*Association corporative des Etudiants en médecine de Paris* leur crie casse-cou !

Maurice MORDAGNE.

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine le décès, à Copenhague, de l'éminent neurologiste danois, le professeur Viggo Christiansen, qui présidait, il y a trois mois, le dernier Congrès international de Neurologie. Christiansen ne comptait en France que des admirateurs et des amis ; il était membre de l'Académie de Médecine de Paris et de nombreuses Sociétés étrangères.

Nous prions Mme Christiansen de trouver ici l'expression très vive de notre respectueuse sympathie.

Après la mort du Dr Maurice PARIN, électroradiologiste des hôpitaux de Paris, décédé à Berck, cet été, victime du devoir professionnel, voici un autre savant qui tombe au champ d'honneur : Charles VAILLANT, le glorieux mutilé de la radio, vient de disparaître à son tour. Il était grand officier de la Légion d'honneur et pensionnaire civil de l'Institution des Invalides.

Saluons bien bas ces martyrs.

— Le Dr Séglas, médecin honoraire de la Salpêtrière, vient de mourir à Paris, 96, rue de Rennes, à l'âge de 83 ans. Il avait été nommé médecin du service des aliénés, en 1886, et avant d'être chef de service à la Salpêtrière, il occupa ces mêmes fonctions à Bicêtre.

Tous ses anciens élèves conservent pieusement le souvenir de ce savant qui était le meilleur des maîtres.

— Le Dr Louis-Antoine Rougier, médecin chef de l'hôpital Saint-Charles, à Lyon.

— Le Dr Paul Eyméoud, à Paris.

— Dr Longin (de Dijon).

— Le Dr Fortier-Bernoville, médecin de l'hôpital Léopold Bellan, directeur de l'Ecole française d'Homoéopathie.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE CANCER ET LA GUERRE

Par le professeur E. Forgue
Directeur honre du Centre anticancéreux de Montpellier

Par la mobilisation, la nation rassemble, sous les armes, tous ses hommes valides — ou présumés tels — y compris les vieilles classes. Par là, la morbidité *médicale* de l'armée se trouve complètement transformée.

Ce n'est plus, comme en temps de paix, une pathologie d'adultes jeunes n'ayant pas dépassé la vingt-troisième année, dominée surtout par la tuberculose ou le résidu des infections médicales et chez qui le groupe des tumeurs n'est représenté que par quelques néoformations congénitales ayant échappé au crible des conseils de revision ou par de rares ostéosarcomes et néoplasmes du rein, évolués après l'incorporation. Cela devient, à partir des « plus de quarante ans », un contingent qui est exposé à d'autres prédispositions morbides.

C'est surtout dans la quatrième et cinquième décades — période de fréquence maxima — que le cancer peut se montrer, parmi ces vieilles troupes, et qu'il devient important d'examiner si, en plus du risque de cancérisation que l'homme eût normalement (du moins selon les moyennes très incertaines qu'indiquent les statistiques) subi dans la vie civile, les conditions de guerre n'ont point favorisé, dans certains cas, la production d'une lésion cancéreuse.

Il faut encore observer que, dans l'examen de cette question, qui doit être considérée au double point de vue de la pathogénie scientifique stricte et de l'application pratique aux expertises, nous sommes exposés à des chances d'obscurité ou d'erreur d'interprétation difficiles à éviter.

Scientifiquement surtout — car, médico-légalement, nous inclinons, dans le doute, vers la solution favorable à l'intéressé — il faudrait pouvoir distinguer certains cancers *préexistants à l'incorporation*, mais demeurés *latents*, cliniquement indéterminables, ayant échappé aux cribles multiples et successifs des contrôles d'aptitude et de revision. Tels, certains cas évoluant à « bas bruit » de cancer du rectum, de l'œsophage, de l'estomac, accélérés ou aggravés par les conditions inusuelles de la vie de guerre. Mais, pour en juger ainsi, nous n'aurons qu'un indice, l'échéance rapide de cette aggravation. Simple présomption. Interprétation contestable, en l'absence de tout certificat négatif prémilitaire.

En raison de l'éventualité — très vraisemblable, d'une guerre de longue durée — il sera ordinaire d'observer le type évolutif suivant. Après un temps de présence aux armées, de durée approximativement suffisante pour éliminer l'hypothèse d'une lésion *antécédente*, occulte et silencieuse — délais d'un an et plus — nous constatons le développement progressif d'un cancer viscéral, surtout gastro-intestinal. Même en admettant que le lien pathogénique absolu ne puisse être affirmé, la notion de temps nous paraîtra suffisante pour devenir, dans le dossier du malade, *la pièce administrative maîtresse* et pour nous incliner vers une interprétation tenant compte des conditions de la vie de guerre.

Enfin, après la cessation victorieuse des hostilités, et à plus ou moins longue échéance, nos successeurs pourront avoir à arbitrer, parmi les séquelles de guerre qu'il faudra liquider, quelques cas de cancers *tardifs*, « à retardement » parfois assez lointains, pour paraître contestables. Ce sera le groupe, restreint d'ailleurs, du cancer évoluant sur des *fistules* prolongées, sur des *cicatrices* à ulcérations récidivantes, sur d'anciennes *brûlures*, que les nouveaux engins et les carbonisations d'auto et d'avions peuvent multiplier. Eventualité rare, en vérité, à laquelle Hellner et Krey ont consacré des articles récents.

Appelé, dans les années qui ont suivi la guerre, à expertiser de nombreuses séquelles de blessures, j'ai été frappé de l'exceptionnelle rareté de la *cancérisation secondaire des fistules* anciennes : je n'en ai vu (même pour les brûlures cancérisées, qui méritent cependant une place à part) que quelques rares exemples, tirés exclusivement de la pratique civile. — Un autre fait m'a surpris aussi : c'est le long délai d'apparition de ces cancers sur lésions cicatricielles anciennes. Certains ne se sont développés qu'après quinze ans, vingt ans dans le fait signalé récemment par Bekir-Nimet et concernant un vieux blessé de la guerre des Balkans, soixante-cinq ans même, dans le cas fameux de Bang.

Plus de vingt ans se sont maintenant écoulés depuis la fin de la précédente guerre : courte trêve, mais recul suffisant pour rappeler, à l'entrée de la guerre présente, ce que nous ont appris les dossiers de cancers, imputés à des conditions de guerre et jugés à distance par les Commissions compétentes. Ils ont confirmé, ce qu'avaient établi, vers la fin de la grande guerre, les rapports présentés par nos collègues à l'Association française pour l'étude du cancer, et les recherches que j'avais pu aborder, avec des chiffres précis, et non simplement des considérations générales, ayant eu la bonne fortune de trouver une documentation rigoureuse dans les Archives colligées et classées par mon ami, le médecin général Ducos, alors président de la Commission consultative médicale.

Deux vérités principales m'ont paru s'en déduire :

1° Le faible nombre des dossiers de cancer, ayant été examinés au point de vue médico-légal militaire, ce qui toutefois ne mesure pas exactement la morbidité cancéreuse, réelle et totale, mais ce qui confirme notre impression clinique du non-accroissement évident du cancer, chez les combattants, bien que de gros effectifs de malades aient passé par mes services qui centralisaient les évacués de deux régions ;

2° Malgré les quatre ans de durée d'hostilités, ce qui constitue, pour la population mâle de tout un pays, une bien longue étape de vie insolite et dure, propice à l'éclosion des profonds troubles de nutrition et de déséquilibre humoral, aucune précision ne s'est dégagée, capable de mettre en lumière la ou les causes suffisantes ou prépondérantes, comme pathogénie ou étiologie du cancer.

Aucun des facteurs qu'il est classique d'incriminer n'a paru jouer, de façon évidente et efficiente. Dans cette régression vers la vie primitive, que représente surtout la guerre des tranchées, et à laquelle nous ferons forcément retour pendant les périodes d'immobilisation des fronts, il est surprenant de voir avec quelle plasticité d'adaptation, quelle endurance, quel potentiel d'équilibre insoupçonné, le combattant a tenu contre la malpropreté inévitable, les souillures et irritations cutanées, les contagions telluriques et végétales, les parasites, les rats, le régime hypercarné et les troubles métaboliques du terrain humain, les chocs émotifs.

Aucune de ces conditions, dont l'examen critique occupe de si longs et vides chapitres, dans nos livres, n'a apporté un éclaircissement, neuf et net, au problème étiologique du cancer.

Il y a un point, encore en débat, de *prédisposition raciale* comparée, que la guerre, par le rassemblement et le mélange des gros contingents coloniaux dans notre masse de troupes métropolitaines, peut aider à préciser. Depuis ces vingt dernières années, d'ailleurs, le dogme de la rareté des tumeurs malignes dans les races indigènes, surtout parmi les populations de l'Afrique tropicale, avait déjà subi une revision. Alors que le cancer y était naguère considéré comme exceptionnel, des observations plus étendues, par un personnel de médecins coloniaux plus instruits, les progrès de l'assistance médicale à ces peuplades, les missions prophylactiques qui vont, dans son milieu, atteindre l'indigène, ont établi que le nombre des cancéreux est plus considérable qu'on ne le pensait. Il n'en est pas moins vrai que l'indigène garde, à l'endroit surtout des tumeurs *épithéliales* — car les tumeurs *conjonctives* sont fréquentes chez lui — une immunité relative et que le cancer, en formule assez juste, constitue, sinon une résultante de civilisation, du moins un fléau de milieux humains, éloignés de leur primitive simplicité de vie.

Il sera instructif de vérifier si ces populations diverses, transférées, en effectifs considérables, dans notre climat — au sens général que ce mot exprime actuellement et abusivement — dans notre *standard* de vie militaire, dans nos possibilités de contagion, ne présenteront pas un accroissement de la morbidité cancéreuse, surtout dans les types épithéliaux autres que l'épithélioma des brûlures, dues à certaines habitudes raciales, et que le cancer *primitif* de foie, abondant dans les pays tropicaux.

Enfin, il sera très intéressant de noter — et ce sera surtout l'œuvre d'observation pénétrante de nos centres anticancéreux — les répercussions que pourront avoir sur les populations civiles de l'arrière et pour les âges de fréquence maxima du cancer, les épreuves morales de toutes sortes qui marqueront la forme de cette guerre totale : alertes d'attaques aériennes ; transferts massifs et évacuations forcées des zones frontalières ; troubles profonds de la vie familiale ; préoccupations d'ordre économique; inquiétudes et incertitudes sur le sort des proches ; chagrins et deuils. Toutes conditions qui peuvent, par des chocs émotionnels, bouleverser la régulation de la vie tissulaire et organique. Facteurs psychiques dont j'ai été le premier, dans mon étude de 1931, dans *La Gazette des Hôpitaux*, à mettre en relief la mystérieuse influence.

Sans doute, le moral de notre pays est solide : raison de plus pour soigner cette réserve nerveuse de volonté et de ferme décision, pour écarter surtout l'obsession triste et anxieuse, ce qui ne signifie pas cependant « bourrer les crânes » ni masquer les risques.

Guerre totale, répétons-nous. Cela veut dire : combattre sans fléchissement tous les maux qui menacent la vie nationale. Continuer, sans relâche, la lutte anticancéreuse ; maintenir et accroître notre effort de précocité dans le diagnostic et dans le traitement, c'est diminuer nos pertes humaines, pour qu'elles ne s'ajoutent pas aux grandes destructions d'effectifs. A cette tâche, dont l'urgence vient d'être proclamée par M. le Ministre de la Santé Publique, notre éminent ami, le professeur Roussy, directeur du Centre de Villejuif, vient d'être préposé : l'œuvre est en bonnes mains, l'homme est une autorité dominante en la matière. Son instruction est vaste autant que sa méthode est sûre ; c'est un réalisateur.

Je termine ces quelques prévisions par un point capital : durant la précédente guerre, combien de dossiers relatifs à la question du *cancer traumatique* ont-ils été examinés ? Quelle a été la jurisprudence établie ? Voilà deux précisions, dont notre conduite dans la guerre actuelle pourra s'inspirer et pour lesquelles j'ai pu trier, dès la fin de 1918, dans les Archives de la Commission consultative médicale, une exceptionnelle documentation, encore valable.

J'ai été surpris, tout d'abord, du faible nombre des cas examinés : au total, et jusqu'à la fin de mars 1918, 486 cas seulement.

Et encore, le chiffre des dossiers de malades ayant réclamé une indemnisation n'est-il représenté que par une faible minorité. Et tout et pour tout, sur 200.000 dossiers de réformés, 7 cancéreux seulement avaient, à cette époque, demandé une indemnisation. Les 479 dossiers restants concernaient des veuves qui, imputant le décès de leur mari à des faits de guerre, avaient réclamé une pension; sur 17.200 dossiers de veuves, 479 s'appliquaient à des décès de maris cancéreux. On s'explique bien cette différence : les militaires cancéreux continuent à être traités dans nos hôpitaux jusqu'à leur mort ; ou bien, s'ils sont réformés, il est rare que les médecins experts les présentent, pour une indemnisation, en raison de l'absence de pièces d'origine. Les veuves, au contraire, sollicitent, dans presque tous les cas, une pension.

Un second point est remarquable : à savoir, que plus de la moitié des dossiers examinés, concernaient des cancers du tube digestif. L'estomac est avant toute localisation, au premier rang ; soit 217 cas. Puis vient le cancer du foie, ordinairement secondaire, avec 58 cas. Puis l'intestin, avec 41 cas. L'œsophage, avec 20 cas ; le rectum, avec 17 cas.

La langue est aussi une localisation fréquemment notée, bien plus fréquente d'ailleurs que ne l'indiquent les statistiques de la Commission consultative ; celles-ci signalent 13 cas de cancer de la langue ; or, dans mon seul service, j'ai, durant les quatre ans

de guerre, reçu 5 cancers linguaux, et tous les services centraux de régions ont dû traiter un certain nombre de cas inédits de ce siège.

Tout en considérant que nos recherches sont loin de représenter la mortalité exacte par le cancer dans l'armée pendant cette guerre, elles nous fournissent cependant des données intéressantes, et qui doivent demeurer dignes de consultation dans l'ensemble, sur la fréquence comparée des néoplasmes des divers sièges, en ce qui touche, surtout, la prédominance des localisations gastriques.

Une question importante était de fixer la proportion des cas de cancer, comme fréquence et comme localisation, suivant l'âge des militaires.

L'étude de 415 dossiers répartis par tranches de cinq ans, nous a permis d'avoir les renseignements suivants :

Jusqu'à la trentième année, le cancer reste rare : 15 cas seulement, dont 5 concernant l'estomac, ce qui montre bien, ainsi que nous le notons en clinique, que la limite d'âge des cancers viscéraux tend à s'abaisser.

Entre 30 et 35 ans, la fréquence est déjà triple, et c'est encore l'estomac qui se classe au premier rang pour la presque moitié des cas. Nous notons aussi comme cancers précoces, 5 cas de néoplasie rectale et 3 cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Entre la trente-cinquième et la quarantième année, le chiffre des cancers se double encore et c'est toujours l'estomac qui constitue la majorité des localisations observées ; il continue à représenter plus de la moitié de la mortalité cancéreuse. Durant cette période, le cancer de l'intestin, autre que le siège rectal, apparaît comme une des localisations dominantes.

C'est entre 40 et 45 ans que se trouve, pour nos soldats, le maximum de fréquence du cancer : 179 cas, c'est-à-dire presque la moitié des dossiers examinés. Et encore et toujours, c'est le cancer de l'estomac qui charge le plus lourdement cette mortalité.

Il constitue plus de la moitié des cas. A sa fréquence, à celle du cancer de l'intestin, se rattache le grand nombre des *cancers secondaires du foie*, observés pendant cette période, soit 30 cas de cancers hépatique secondaires. Dans les contingents coloniaux, dont le recrutement va considérablement s'accroître dans la guerre actuelle, nous devons nous attendre à voir un nombre insolite de *cancers primitifs du foie* : l'étude récente de Harvey Pirie est, à ce sujet, révélatrice.

A partir de la quarante-cinquième année, le nombre des mobilisés est plus faible, et c'est ce qui explique que, bien que nous nous rapprochions de la période de la vie humaine où la mortalité cancéreuse tend à son maximum, nous voyions s'abaisser le chiffre des cancers observés dans l'armée : 64 cas seulement de 45 à 50 ans ; 8 cas au-dessus de 50 ans.

Quelle est la jurisprudence qui s'est établie au point de vue de l'attribution de ces faits aux circonstances de guerre ?

Il s'est produit, sur ce point, dans les décisions du service des pensions, une évolution radicale. J'ai connu une époque où, dans les conseils de réforme, il était de règle d'exclure toute relation de cause à effet entre le cancer et les faits de service.

Depuis la précédente guerre, conformément aux conclusions de Darier, résumant les rapports de l'Association pour l'étude du cancer, et aux miennes, cette doctrine rigoureuse a fléchi. Une interprétation bienveillante a prévalu. Il a été admis que le traumatisme puisse, rarement il est vrai (sur plus de 2.000 consultations, le centre de Villejuif, en sept années, n'a enregistré que 2 cas de cancer traumatique avéré), donner lieu à la formation rapide d'un cancer, ce qui est plutôt le fait de sarcomes et que, d'autre part, le résultat peut, plus rarement encore, ne se produire qu'à distance plus ou moins longue du traumatisme. Le dossier du blessé doit établir la réalité du traumatisme, les lésions immédiates, leur évolution continue. En ce qui concerne les cancers viscéraux profonds, et en l'absence de documents vraiment démonstratifs, il est, comme le pensent Cordonnier et Muller, impossible de résoudre scientifiquement le problème d'origine réelle ; mais, humainement, il est permis (sans que, selon la sage réserve de Roussy, on doive pousser à l'excès cette tendance) de faire bénéficier le militaire cancéreux de propositions moins strictes que celles qui sont de règle en matière d'accidents du travail.

Sur 7 dossiers de malades cancéreux réformés, 6 ont été admis, dont 5 avec une retraite de cinquième classe et 1 avec retraite de sixième classe.

Les dossiers de veuves qui ont été examinés sont au nombre de 479. Un assez grand nombre, près de moitié (182), a été rejeté pour défaut de pièces d'origine, les documents fournis n'ayant pas paru suffisants pour établir que le cancer était imputable, directement ou par aggravation, à des faits de service.

Mais dans 297 cas, cette responsabilité a été admise; dans 19 de ces cas, le cancer a été considéré comme pouvant être rattaché à un traumatisme ; dans 278 cas, il a paru avoir été occasionné ou aggravé par des circonstances de service, en dehors de tout traumatisme.

Par cette interprétation large, et sans qu'il s'agisse d'une décision constante, en raison des incertitudes théoriques qui continuent à obscurcir le problème du cancer, l'Etat affirme, en général, une disposition favorable, humaine, à l'égard de ces malheureux ou de leur famille.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1939

Coefficient d'aimantation spécifique de la méthémoglobine. — Mlle Paulette Berthier.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1939

M. le Président annonce la mort de M. Viggo Christiansen (de Copenhague), associé étranger depuis 1934.

Rapport sur la vaccine. — M. Lereboullet lit le rapport annuel sur la vaccine telle qu'elle a été pratiquée en

France et dans les colonies, rapport établi d'après les indications de M. H. Bénard, directeur du Service de la vaccine à l'Académie.

L'Académie émet le vœu :

« Qu'un large usage soit fait dans les divers départements des convocations individuelles dont le résultat s'avère très supérieur à celui des convocations collectives par voie d'affiches ;

« Que des instructions soient données aux médecins vaccinateurs leur rappelant la grande activité spécifique des préparations vaccinales mises à leur disposition et l'inconvénient d'inoculation trop étendues et trop nombreuses ;

« Qu'une propagande soit faite auprès de la population civile, faisant état des circonstances actuelles et invitant les sujets vaccinés avec succès depuis plus de cinq ans à se soumettre à la revaccination ;

« Qu'aucun certificat ne soit délivré dans les maternités ou les maisons d'accouchement concernant un enfant dont le résultat de la vaccination n'a pas été contrôlé ».

La préparation médicale des décisions des Commissions de réforme. — M. Trémolières. — M. Laubry apporte une communication de M. Trémolières sur un sujet d'actualité qui a déjà retenu l'attention de l'Académie. Le 3 octobre, un vœu de M. Rist avait, en effet, été voté à l'unanimité. Ce vœu demandait que les Conseils de réforme fussent assisté de spécialistes en neurologie, phtisiologie, etc., afin d'éviter des réformes abusives.

S'inspirant de ce vœu, M. Trémolières a organisé dans la 4e région une série d'examens qui permettent aux Commissions de réforme d'être fortement documentées au moment où elles ont à statuer.

La communication de M. Trémolières a soulevé un vif intérêt. Dans la discussion qui a suivi, M. Debré a montré, une fois de plus, les erreurs qui peuvent résulter d'un examen radioscopique trop rapide.

La collaboration de l'Œuvre de Préservation de l'Enfance contre la Tuberculose avec les Services départementaux d'évacués et de rapatriés. — M. P. Armand-Delille expose que dès le mois d'août, l'Œuvre Grancher avait fait établir la liste des placements disponibles chez les nourriciers de chacune de ses 61 Filiales, elle les a mis à la disposition des services des évacués et réfugiés dans les départements refuge. En conséquence, elle a commencé et continué à recueillir, pour les séparer du contact, les enfants évacués en même temps que les parents contagieux sortis des sanatoria réquisitionnés.

L'Œuvre Grancher a ainsi rempli les buts de prophylaxie antituberculeuse dont le professeur Marfan avait fait un exposé détaillé dans sa communication à l'Académie de Médecine, le 4 juillet dernier ; elle a, de plus, pu collaborer avec les autres œuvres s'occupant de l'évacuation des enfants des grandes villes menacées.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1939

M. le Professeur Grégoire, *président*

Anesthésie loco-régionale des membres en chirurgie de guerre (amputations et résections en particulier). — MM. Duhau et Bolot. — M. Sorrel, rapporteur. — Cette anesthésie est toujours commode, sans danger ; c'est la meilleure technique pour l'anesthésie des blessés gazés, pour les interventions sur les membres, en cas de petites interventions, comme cerclage de la rotule, etc.

Les auteurs rapportent leur expérience de 30 cas de grandes amputations. Il est utile de faire des injections préparantes de morphine-scopolamine-éphédrine. Il est parfois indiqué d'utiliser une légère anesthésie de base (rectanol-évipan). Il faut surtout une technique d'anesthésie régionale bien fixée pour chaque intervention et basée sur la connaissance précise de l'anatomie des troncs nerveux. On complète par une anesthésie locale de la ligne d'incision.

Au lieu d'injecter 300 à 600 cm³ de novocaïne, on peut avoir une excellente anesthésie avec 80 à 150 cm³ de novocaïne à 1. p. 200 ou de percaïne à 1 p. 2.000 pour un membre inférieur par exemple, ou 50 à 100 cm³ pour un membre supérieur. Cette diminution de la dose d'anesthésie a un gros intérêt chez des blessés choqués et gazés.

Sur un point de droit. — M. Cadenat constate que certains blessés refusent des interventions qui leur seraient nécessaires ou utiles. Certains redoutent l'intervention par peur : une suggestion habile, une anesthésie par surprise permet de les opérer. Certains veulent n'être opérés que par un chirurgien de leur choix. On peut amener la consultation de deux chirurgiens pour les décider.

Mais le cas le plus important est celui de ceux qui refusent l'opération pour profiter de leurs blessures.

Entre les cas où le risque opératoire est léger et le résultat certain et ceux où le risque est sérieux et le résultat seulement probable existent tous les intermédiaires. En temps de paix, chacun disposait de son corps, en temps de guerre, l'individu disparaît devant la collectivité. Il est paradoxal d'obliger l'individu bien portant à aller risquer sa vie et de permettre à un blessé ou à un malade de refuser de se laisser guérir pour profiter de sa blessure, toucher une pension ou refuser de retourner au front. Il faut que le chirurgien après consultation d'un autre chirurgien ait le droit d'imposer une intervention dans certains cas.

Dans la discussion qui suit, certains se rangent à l'avis de M. Cadenat ; d'autres pensent qu'il faut empêcher les blessés qui refusent de se laisser opérer, d'en profiter en les signalant à l'autorité militaire pour des sanctions en leur refusant tout droit à une pension du fait de leur incapacité.

M. Fredet. — On ne peut pas opéré un homme contre son gré.

M. P. Duval pense qu'on ne peut jamais garantir qu'une opération est inoffensive et que le tétanos, par exemple, peut compliquer la plus minime intervention.

M. Cadenat insiste sur un aspect important : la contagion de refus de l'intervention.

MM. Sorrel, Mondor, Mauclair, Roux-Berer, Sauvé, Fredet, Hartmann, Lambert, Rouvillois prennent part à la discussion.

L'Académie décide de nommer une Commission pour étudier ce problème, composée de MM. Rouvillois, Hartmann, Sauvé, Mauclaire, Frédet.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 4 novembre 1939

Kyste hydatique et ondes courtes. — M. F. Dévé, M. Lesertisseur et Mlle B. Stewart rapportent une double expérience qui semble montrer que les ondes courtes n'entravent pas l'évolution vésiculaire des scolex inoculés sous la peau du lapin et que la marconithérapie n'a pas d'efficacité sur les kystes hydatiques jeunes.

Parasympathomimétiques et pression intrapleurale. — MM. J. Troisier, M. Bariéty et Mlle D. Kohler. — L'injection intraveineuse d'ésérine, d'acétylcholine et de pilocarpine à doses suffisantes produit une diminution nette de la pression intrapleurale. L'acétylcholine et l'ésérine, à faibles doses et, éventuellement, la pilocarpine en injections répétées, provoquent, au contraire, une augmentation de cette pression.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donné dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

CONGRÈS

Congrès neurologique international de Copenhague (1)

21-26 août 1939

(Suite)

LES MALADIES NERVEUSES HÉRÉDITAIRES NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LEUR GENÈSE

Problèmes pressants concernant l'idiotie familiale amaurotique dans ses rapports avec les maladies héréditaires et familiales. — M. Bernard Sachs (New-York). — L'auteur propose de discuter brièvement la relation très intime de l'idiotie amaurotique familiale avec d'autres affections héréditaires, la forme juvénile de l'idiotie amaurotique, et la maladie de Niemann-Pick en particulier.

Il est moins important de décrire des formes cliniques variées que de discuter les facteurs communs à toutes. L'auteur pense qu'il s'agit surtout d'un facteur endogène, et que la forme infantile de la maladie de Fay-Sachs, comme la maladie de Niemann-Pick, sont essentiellement le fait d'un trouble du métabolisme des graisses.

Les opinions diffèrent pour savoir si le trouble du métabolisme des graisses est uniquement intracellulaire ou s'il est d'origine extracellulaire. Il semble moins important de préciser ce fait, que de savoir quelle est la cause de ce trouble du métabolisme graisseux et de rechercher pourquoi ce trouble métabolique est le facteur principal d'une maladie familiale héréditaire. Cette discussion met en cause les processus chimiques qui sont à la base de l'activité cérébrale et aussi les rapports qui peuvent exister entre le fonctionnement des glandes endocrines et ces diverses affections familiales.

Hérédo-atrophies cérébelleuses, cérébellifuges et cérébellipètes. — M. André Thomas (Paris). — Les affections cérébelleuses, héréditaires, sont au nombre de deux : la maladie de Friedreich, et l'hérédo-ataxie cérébelleuse. La première a un type clinique bien défini ; la seconde est un groupement de plusieurs familles, et l'auteur estime que le terme d'hérédo-atrophie cérébelleuse serait plus exact.

L'auteur fait une description anatomique très complète de ces affections, en insistant sur la variabilité des lésions, leur caractère primitif et non-inflammatoire, la distinction entre le paléo-cérébellum (vermis et flocculus) plus ancien, et le néo-cérébellum (hémisphères) plus fragile.

Dans la maladie de Friedreich, les lésions ont un caractère régressif, intéressant l'écorce et les noyaux, mais aussi les voies sensitives et pyramidales, et aussi les voies sensorielles.

Dans l'hérédo-atrophie cérébelleuse, l'écorce est plus souvent atteinte que les noyaux, mais les lésions sont variables. Le néo-cérébellum est le plus atteint en général, avec association variable des processus centripète et centrifuge. Le protoneurome sensitif est peu atteint, le faisceau pyramidal intact. D'autres neuromes participent : les deutoneuromes des voies sensitives, les voies sensorielles, les corps striés, etc.

Cette variabilité des lésions rend compte de la variabilité du tableau clinique surtout grande dans les hérédo-atrophies cérébelleuses.

En dehors des signes classiques, on a signalé la rigidité et la contracture dans les deux groupes d'affections, l'existence possible des troubles sensitifs, l'association de troubles labyrinthiques, les troubles sensoriels.

L'auteur signale des types rares : la dégénérescence optico-cochléo-dentelée (Nyssen et Van Bogaert) ; les lésions cérébelleuses de l'idiotie amaurotique familiale ; les cholestérinoses généralisées (Van Bogaert).

L'étiologie se réduit au caractère familial et à l'hérédité, mais ni l'un ni l'autre n'est fatal et absolu.

Convient-il d'appliquer aux hérédo-atrophies cérébelleuses les lois mendéliennes, la chose est douteuse, et le rapporteur la discute. Il se demande aussi si des facteurs

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1939, nos 91-92 et 95-96.

exogènes ne jouent pas un rôle, la tuberculose, le cancer. Il admet, en outre, que, dans les cas héréditaires, les sujets atteints d'hérédo-atrophies cérébelleuses n'héritent pas de la maladie elle-même, mais d'une prédisposition virtuelle à la maladie.

Considérations génétiques sur les maladies héréditaires des noyaux de la base du cerveau, sur les myopathies et la neuro-fibromatose de Recklinghausen. — MM. Jonesco-Sisesti et Stroesco (Bucarest). — Les considérations générales qui résultent de ce travail sont les suivantes :

1° Aucune des maladies héréditaires envisagées ne relève, génétiquement parlant, d'un facteur unique, mais d'un groupe de facteurs. Et, à côté des formes complètes, il existe des formes parcellaires plus nombreuses ;

2° Il existe également des types complexes, et leur connaissance constitue un trait d'union entre des maladies considérées jusqu'à présent comme des entités autonomes, et soulève un problème concernant leurs frontières réelles;

3° La mutabilité dans le temps est à retenir, car une affection, au cours de l'évolution, peut passer d'un type à l'autre ;

a) Les maladies des noyaux de la base du cerveau sont plus rapprochés qu'on ne le pense ;

b) Les deux grandes maladies musculaires, myopathie et maladie de Thomsen, sont réunies par la maladie de Steinerf. L'origine centrale des myopathies est vraisemblable.

Cette intrication des types purs et des types complexes donne aux maladies familiales envisagées, bien plus l'aspect de formes cliniques différentes d'un processus hérédo-dégénératif assez général, intéressant avec prédilection l'une ou l'autre région du névraxe ;

4° La multiplicité des facteurs explique également la difficulté de préciser le mode de transmission des maladies des noyaux de la base du cerveau, des myopathies et de la maladie de Recklinghausen ;

5° La participation probable d'un facteur conditionnel dans la genèse de certaines maladies héréditaires. Il dégage des recherches sur les affections des noyaux centraux ;

6° A l'opposé du facteur conditionnel qui joue le rôle d'un catalyseur dans l'éclosion de certaines maladies héréditaires, se place le phénomène d'antéposition et d'aggravation qui favorise au contraire l'extinction de la maladie ;

7° L'auteur estime que les maladies héréditaires envisagées peuvent se ranger sous trois chefs :

a) Les maladies hérédo-dégénératives ;

b) Les maladies hérédo-prolifératives ;

c) Les dysgénésies non évolutives.

Henri Schaeffer.

(*A suivre.*)

Association de la Presse Médicale française.

LIVRES NOUVEAUX

Les jeux sont faits, par J. Crinon. Malfère, éditeur.

Ce livre est inspiré par le désordre social et l'incohérence politique qui mettent la France en péril. L'auteur a ressemblé ses notes rédigées depuis un an pour un hebdomadaire médical et qui constituent un véritable agenda politique de la « pause ». La passion dont l'auteur se montre animé n'a pas altéré ses facultés logiques et dans un style alerte les méfaits de nos gouvernants sont commentés avec des arguments d'une clarté si française qu'on ne peut comprendre pourquoi notre pays ne s'est pas ressaisi plus vite à l'approche d'une catastrophe qui s'avérait imminente.

Certaines déductions ont pu, à la date où elles ont été publiées, apparaître imprégnées de pessimisme. La suite des jours a malheureusement démontré qu'elles avaient été rationnellemnt tirées des faits qui leur avaient servi de base.

Ce livre est, en somme, un document et une page d'histoire.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU RACHIS CERVICAL

Fréquentes, puisque par ordre de fréquence elles viennent juste après les fractures de la charnière dorso-lombaire, elles nécessitent un traitement d'urgence et une surveillance continue jusqu'à guérison complète.

Nous étudierons tout d'abord :

Les fractures des cinq dernières vertèbres cervicales.

Le mécanisme de beaucoup le plus fréquent est la chute sur la tête *en position de flexion*, et les vertèbres le plus souvent atteintes sont C_5 et C_6.

Le trait de fracture oblique en bas et en avant, divise le corps vertébral en deux fragments :

— Un supérieur, petit, triangulaire à sommet postérieur qui glisse en avant;

— Un inférieur qui menace la moelle par son arête tranchante postérieure et supérieure.

Les fractures par tassement sont plus rares. Elles réalisent la classique fracture des plongeurs, siégeant au niveau de C_5, et caractérisée par un trait de fracture vertical et médian.

Les lésions nerveuses que peuvent entraîner ces fractures sont variables. Il faut distinguer :

Des complications immédiates :

— Section complète ou partielle de la moelle ;

— Compression par un fragment osseux par hématomyélie ou hématorrachis;

— Simple contusion ou commotion.

Des complications tardives, dues :

— A un déplacement secondaire, que la fracture soit passée inaperçue ou ait été mal contenue;

— A des néoformations fibreuses ou un cal exubérant.

Au point de vue clinique, bien souvent le tableau est caractéristique.

Le blessé, choqué, accuse une chaleur très vive, irradiant dans certains cas vers les membres supérieurs. Il ne peut bouger la tête que parfois il soutient à deux mains.

A l'inspection l'on constate d'emblée une attitude guindée de torticolis, et dans les cas les plus accusés la tête est nettement penchée en avant, au point que le menton touche le sternum.

La palpation montre : une douleur au niveau d'une épineuse, le recul en arrière de cette dernière.

Le toucher pharyngien en cas de fracture de C_3 pourrait montrer un hématome rétropharyngien — et un point douloureux — mais il faut être sobre de cette manœuvre.

On termine par :

— *Un examen neurologique complet :*

Le malade peut ne présenter aucun trouble ou au contraire un syndrome d'interruption complète de la moelle qui réalise des tableaux différents suivant la hauteur du trait :

Au-dessus de C_5 quadriplégie flasque.

Au-dessous de C_5 les membres supérieurs sont plus ou moins respectés, c'est ainsi qu'une fracture de C_6 donne une paralysie du type Erb, une fracture de C_7 une paralysie du type Aran-Duchenne.

Une radiographie faite d'urgence avant toute tentative de réduction, on demande :

Un cliché de face qui fournit des renseignements, surtout en cas de fracture par tassement;

Un cliché de profil qui montre le trait et le déplacement des fragments.

L'évolution d'une fracture du rachis cervical est à envisager à un double point de vue : osseux et neurologique.

Au point de vue osseux, la guérison s'obtient en un temps variable — 5 mois à deux ans — pendant toute cette période le malade doit être attentivement surveillé par des radiographies de profil — le glissement secondaire en avant n'est pas exceptionnel — d'autre part un cal exubérant, des néoformations fibreuses peuvent venir entraîner une paraplégie tardive.

Au point de vue neurologique il est difficile d'établir un pronostic dans les premiers jours, un syndrome d'interruption médullaire ne signifie pas toujours, et de loin, interruption anatomique. Il faut examiner le malade tous les jours pour faire le bilan lésionnel.

Dans les cas nettement défavorables, on ne note aucune régression de la quadriplégie, ces cas correspondent à une section complète, le malade est condamné au bout d'un temps plus ou moins long suivant la surveillance dont il aura été l'objet.

Eviter les escarres.

L'infection urinaire en pratiquant une cystostomie.

D'autres fois, au contraire, dans les heures ou les jours qui suivent l'accident, on note un retour de la sensibilité tactile. Il précède de quelques jours, ou de quelques semaines un retour progressif de la motilité, retour qui peut être total ou partiel : le malade gardant des séquelles à type de spasticité des membres inférieurs ou des troubles sphynctériens.

Au point de vue pronostic on peut donc dire dans l'ensemble : que la fracture est d'autant plus grave que le trait est plus haut.

Qu'une paralysie immédiate est d'un pronostic sombre, mais qu'elle peut régresser.

Formes cliniques :

A côté de ces formes évidentes, il faut insister sur la fréquence des *formes frustes*. Elles risquent de passer inaperçues, d'être intitulées torticolis, et d'être à l'origine de déplacement secondaire grave, d'où la nécessité de demander systématiquement des clichés radiographiques de toute colonne cervicale tant soit peu suspecte.

Les formes associées à une luxation : Ici, c'est la luxation qui importe, la lésion osseuse se réduit à un arrachement parcellaire d'un bord.

Les fractures des plongeurs : Toutes les formes peuvent se voir : depuis la mort subite jusqu'à la syncope de quelques secondes seulement.

Les fractures de l'atlas et de l'axis méritent d'être individualisées : en effet à ce niveau le canal neural est plus large — les complications nerveuses sont donc plus rares que dans les formes précédentes — mais quand elles existent elles sont de la plus haute gravité étant donné la proximité du bulbe. Elles succèdent comme précédemment à une chute en flexion, parfois à un choc direct ou à une chute en hyperextension.

Il peut s'agir de *fractures isolées* d'un des deux os :

1° *Les fractures isolées de l'atlas* sont relativement rares elles peuvent porter sur une ou deux masses latérales, mais le plus souvent elles portent sur les arcs antérieur ou postérieur qui sont des points fragiles.

Les lésions des arcs peuvent succéder :

— A un arrachement par flexion : les ligaments atlaïdo-axoïdiens résistent et arrachent les arcs.

— A un éclatement par pression : l'axis pénètre en coin dans l'atlas et le fait éclater.

(*A suivre.*)

E. Sayous.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 101-102. — 20-23 DECEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Travaux originaux.

La Tuberculose pulmonaire et les gaz de combat, par le Dr Lucien CORNET (de Pau).

Sociétés Savantes.

Académie des Sciences. — Académie de Médecine. Séance annuelle. Prix décernés.

Pratique Médicale.

A propos des transfusions sanguines.

Variétés.

Ce que représente un carnet de timbres antituberculeux, par Marcel MOIRE.

Nécrologie.

Von Eiselsberg, par M. le Professeur E. FORGUE.

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — La Faculté (Cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du samedi soir 23 décembre 1939 au mardi 2 janvier 1940 inclus. Les cours reprendront le mercredi 3 janvier.

Le secrétariat sera fermé seulement les lundis 25 décembre et 1er janvier.

La bibliothèque sera fermée du samedi soir 23 décembre au mardi 2 janvier inclus. Toutefois, une permanence fonctionnera pour le service de prêt du 26 décembre au 30 décembre, ainsi que le 2 janvier, de 14 heures à 16 heures.

Ecole de Médecine de Nantes. — Les concours pour les emplois de professeur suppléant de clinique chirurgicale et de chimie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, ouverts le lundi 11 décembre 1939 respectivement devant la Faculté de Médecine et devant la Faculté de Pharmacie de l'Université de Paris ont été reportés à une date ultérieure.

Ministère des Finances. — Un décret paru au *Journal Officiel* du 9 décembre dispose que pendant la durée de la guerre le *Service médical du ministère* pourra être assuré par des médecins dits « auxiliaires » dont le traitement ne pourra excéder la somme de 6.000 francs.

La bibliothèque de l'Association Corporative des étudiants en médecine de Paris est réouverte. — M. Mordagne, délégué permanent, communique : « Après examen des possibilités de vie actuelle à Paris, le Comité de l'*Association Corporative des étudiants en médecine de Paris* a décidé de réouvrir officiellement sa bibliothèque le 1er décembre 1939, 8, rue Dante (5e).

« Les jeunes étudiants présents à la Faculté et qui ne sont pas touchés par la mobilisation, ont chaleureusement acclamé le président lorsqu'il leur a annoncé la bonne nouvelle. Ainsi ne seront-ils plus isolés au Quartier Latin et retrouveront-ils ce trait d'union qui leur avait tant manqué depuis octobre dernier.

« La bibliothèque sera ouverte de 14 h. 30 à 18 heures, sauf pendant les bombardements — si bombardements il y a —. En attendant, on travaillera et *tous les jours* le prêt des livres sera fait aux heures indiquées ci-dessus par le secrétaire administratif, M. Tissier. Les adhérents, du reste, reviennent nombreux et la propagande corporative est assurée par les civils « qui *tiendront*, personne n'en doute ».

« L'*Association Corporative* a respecté dans son installation les règlements de la défense passive, fenêtres voilées, lampes bleues et salles de travail dans un immense sous-sol. Elle sera le lieu de rendez-vous des camarades mobilisés qui, au cours de leurs permissions, recevront l'accueil dû aux défenseurs de la Patrie. Un livre de bord sera mis à leur disposition qui recueillera leurs doléances et leurs espoirs.

« La *Corpo* toujours continue ».

Les publications des médecins mobilisés. — La publication de travaux et les communications aux Sociétés savantes des médecins mobilisés doivent être préalablement soumis à l'autorisation de l'autorité militaire.

Cette autorisation est accordée pour les médecins de la zone des armées, par l'Inspection générale du Service de Santé ; pour les médecins du territoire, par la Direction du Service de Santé, à l'administration centrale.

Le Professeur Anton Von Eiselsberg

C'est une grande figure chirurgicale qui disparaît avec le professeur Anton von Eiselsberg, peut-être la plus haute figure actuelle de la chirurgie européenne.

Car, la caractéristique de notre collègue, c'était l'esprit scientifique international qui animait son activité. Il a été un des fondateurs et des membres actifs de la Société Internationale de Chirurgie. Ses publications ont été diffusées par leur polyglottisme, en allemand, en français, en anglais. Il y a quelques années, il fit à la Société Belge de Chirurgie, sans la moindre note écrite, en un français impeccable, une magistrale conférence sur les progrès réalisés en chirurgie grâce aux rayons Rœntgen. En 1932, la Société Internationale l'avait élu à l'unanimité, pour présider le Congrès de 1935, au Caire, présidence dont son état de santé ne lui permit pas de remplir la charge. J'ai conservé quelques-unes de ses lettres amicales : elles sont écrites en une langue française de grande pureté, sous une forme alerte et charmante, d'une spontanéité attachante et sans faute grammaticale. Et cependant, il nous a raconté que, malgré la connaissance que sa mère avait de la langue française, il eut d'abord de grandes difficultés à apprendre notre langue : il en vint à bout après un séjour à Paris, en 1882, où il reconnaît avoir « beaucoup appris aussi bien pour sa profession que pour la vie en général ». Notre collègue fut toujours un grand voyageur, fidèle assistant à tous les Congrès ; il a beaucoup retenu, ainsi qu'en témoignage le journal de sa vie.

Membre de l'Académie des Sciences de Vienne, il a été un animateur infatigable ; président de la Société Médicale de cette ville, célèbre par son Ecole chirurgicale, il y avait organisé des séances hebdomadaires, d'une sévère tenue scientifique.

Il a appartenu à cette incomparable équipe chirurgicale qu'a créée et dominée la personnalité de Billroth. Aussi, il est remarquable de constater la place centrale, décisive, qu'a tenue, dans sa vie, la participation à l'œuvre de cette Ecole exemplaire, dont la contribution à la chirurgie gastro-intestinale a été initiatrice. Il faut lire, dans son autobiographie, les pages d'admiration qu'il consacre à son grand maître et les pages émues par lesquelles il évoque le souvenir de ses maîtres ou assistants d'équipe : Gussenbauer, d'abord, Winivarter, Wölfler, Hacker, Czerny, Mikulicz, Gersuny. Quelle pléïade, et animée de quelle ardeur ! Dans cette clinique de Billroth, les journées de travail, au dire d'Eiselsberg, étaient de douze à quatorze heures.

Nous vivons des heures, dures et graves, que l'ambition allemande a déchaînées ; et nous devons peser nos paroles. Mais, la pensée française est éprise avant tout de vérité et d'équité, et cet éloge funèbre d'un grand chirurgien de langue allemande est un devoir. D'abord parce qu'il s'agit d'un homme appartenant à un pays dont l'Allemagne a troublé le destin. En second lieu, parce que cet homme était d'esprit généreux, largement ouvert à l'humanisme, et parce qu'il a toujours montré envers notre pays et à l'endroit des chirurgiens de France une irréprochable correction : il a rendu à Péan sa place de priorité, deux ans avant Billroth, dans l'initiative de la gastrectomie. Pendant son séjour d'étude à Paris, il a reconnu l'accueil « exceptionnellement hospitalier » de la Faculté de Paris, et rendu hommage à ses maîtres qui lui avaient ouvert leurs services, comme « élève bénévole ».

Cinquante-deux ans après son premier voyage à Paris, von Eiselsberg avait, en 1934, la joie d'y revenir, pour recevoir, en grande cérémonie, à la Sorbonne, le *doctorat d'honneur* de la Faculté de Médecine de Paris. Entre ces deux dates, quelle carrière magnifique s'était développée ! cette solennité, son grand apparat de costumes universitaires, cette Assemblée, qui réunissait les maîtres de toutes disciplines, cette assistance de plusieurs milliers d'étudiants, avaient produit sur son âme une profonde impression : le journal de sa vie le rappelle avec émotion. Et il évoque aussi, avec une vive gratitude, l'accueil qu'il reçut dans les cliniques de Gosset, de de Martel, de Veau et dans la parfaite organisation du centre anticancéreux du professeur Roussy.

Professeur E. Forgue.

VARIÉTÉS

Ce que représente un carnet de timbres antituberculeux

Par Marcel Moine, *statisticien*

Animés d'un même patriotisme, tous les Français, de l'écolier à l'apprenti, de l'ouvrier à l'artisan, du célibataire au chef de famille, veulent accomplir leur devoir et contribuer, avec nos soldats, à la défense du pays.

En temps de guerre comme en temps de paix, la tuberculose exerce ses ravages et choisit surtout ses victimes parmi les jeunes. Pour continuer la lutte contre elle avec le même succès que dans ces vingt années de paix, au cours desquelles la mortalité par tuberculose a diminué de 45 pour 100, il faut que chacun participe au développement de notre équipement antituberculeux.

Veut-on quelques précisions ?

1.500 carnets sont nécessaires à l'achat d'un microscope.

7.500 correspondent au prix d'un appareil de radioscopie.

13.000 représentent le coût d'un appareil de radiographie.

275.000 équivalent aux frais de séjour en préventorium de 100 enfants menacés par la contagion familiale.

720.000 assurent, pendant un an, la cure et le traitement en santorium de 100 tuberculeux.

4.000.000 couvrent les frais de construction et d'aménagement d'un santorium de 200 lits.

Donner 2 francs pour un carnet de timbres, c'est donc coopérer directement à l'organisation française de lutte contre la tuberculose qui doit en même temps :

Dépister. — Préserver. — Guérir

Vous aiderez la tâche des Comités départementaux en achetant le nouveau timbre antituberculeux « Espoir ».

Comité National de Défense contre la Tuberculose, 56, boulevard Saint-Michel, Paris (6e).

LES LABORATOIRES SALANTALE portent à la connaissance du Corps médical que malgré leur évacuation de Strasbourg, ils sont à même de fournir, comme par le passé, toutes leurs spécialités VACCINS SALANTALE.

Adresser la correspondance à Laboratoires Salantale de Strasbourg, 132, rue Nationale, à Bar-sur-Aube.

REVUE GENERALE

LA TUBERCULOSE PULMONAIRE ET LES GAZ DE COMBAT

Par le Dr Lucien Cornet (de Pau) (1)

Un fait, tout négatif, domine la question des rapports de la tuberculose et des gaz de combat. *On ne connaît pas un cas de tuberculose déterminé par lesdits gaz.* Voilà qui limite singulièrement l'objet de ce travail.

Deux considérations nous ont, cependant, incité à faire une brève revue de la question. D'une part, si l'intoxication gazeuse n'est pas une cause déterminante de tuberculose, peut-être joue-t-elle un rôle adjuvant, occasionnel, secondaire dans l'éclosion de cette redoutable complication ; d'autre part, il ne faut pas que se renouvelle la « tuberculophobie » qui a régné dans la dernière guerre, car les conséquences individuelles, familiales et sociales de cette hantise ont été désastreuses : véritables sinistroses, malades non tuberculeux enlevés à leurs familles, foyers disloqués, enfants à la rue, situations commerciales ou industrielles brisées, pensions attribuées à des pseudo-tuberculeux, etc... Nous ne devons plus revoir les fâcheux errements d'un passé encore récent.

Pour ces deux raisons principales, nous rechercherons ici :

1° Pourquoi a-t-on relevé, pendant la guerre de 1914-1918 et dans les débuts de l'après-guerre, tant de soi-disant cas de tuberculose pulmonaire, et d'où proviennent ces si nombreuses erreurs de diagnostic ;

2° Pourquoi certains gazés sont-ils devenus tuberculeux, alors que la plupart restaient indemnes de toute infestation bacillaire ;

3° Enfin, quelles sont les formes de tuberculose pulmonaires qui ont affecté les gazés.

Les solutions apportées à ces trois questions ne présentent, on le pense bien, qu'une valeur provisoire. Il ne s'agit ici que de faire le point et de fixer l'état actuel de la question.

I. — LA TUBERCULOPHOBIE DE LA GUERRE DE 1914-1918 ET DE L'APRÈS-GUERRE

Pendant la dernière guerre, le diagnostic de tuberculose pulmonaire a été porté avec une extrême fréquence, un peu à tort et à travers. Cela s'explique pour quiconque veut bien se rappeler qu'*en 1914 l'enseignement de la phtisiologie n'existait pour ainsi dire pas dans nos Facultés de Médecine.*

La *radiologie pulmonaire*, cette « anatomie pathologique du poumon vivant », balbutiait et n'avait pas révélé ses secrets ; il n'y avait pas de téléradiographies ; la radiographie systématique des sujets suspects était inconnue. *Le laboratoire ?* Il se réduisait à quelques examens directs de crachats avec recherche du B. K. Pas d'expectoration provoquée chez les non-cracheurs, peu d'homogéinisations et d'inoculations au cobaye. L'albumino-réaction datait de 1909. La recherche des fibres élastiques ne devint courante que beaucoup plus tard. On ne faisait pas de cuti-réaction à la tuberculine ; la bronchoscopie était inconnue ; l'exploration lipiodolée des bronches date d'hier. *Quant aux malades*, ils étaient noyés dans les services de médecine générale.

Dans ces conditions, *l'enseignement ne pouvait être que clinique.* On en était encore aux trois périodes, bien mortes aujourd'hui ; les schémas de Grancher hantaient nos mémoires ; on passait des quarts d'heure au lit d'un malade à rechercher les modifications d'intensité ou de timbre d'un murmure vésiculaire ; ce n'est que rarement que l'on relevait la tête vers les sommets, je veux dire, les voies respiratoires supérieures (nez, sinus, cavum), pour y rechercher l'origine possible d'une suppuration bronchique ou pulmonaire ; on ne savait pas encore que l'auscultation avait ses défaillances, de terribles défaillances parfois ; par contre, toute exagération des vibrations d'un sommet, toute rudesse respiratoire, toute inspiration humée étaient l'objet de nos soupçons et, pour peu qu'elles fussent accompagnées de quelques sibilances ou d'un état général précaire, le grand terme de « bronchite suspecte » était prononcé, ce qui signifiait : « tuberculose pulmonaire probablement incipiente ».

De telles méthodes d'examen, incomplètes et imparfaites, avaient nécessairement multiplié les cas étiquetés « tuberculose pulmonaire ».

L'effort de la clinique portait donc sur le dépistage de la tuberculose au début. Cela se comprend : la véritable tuberculose n'était diagnostiquée que plus tard, à l'époque de ce que l'on appelait « la fonte des tubercules ». D'ailleurs, l'amaigrissement progressif et la cachexie, qui faisaient partie de la période d'état, laissaient dans l'ombre tous les tuberculeux florides. Aussi, comme la thérapeutique était surtout symptomatique, la maladie évoluait-elle impitoyablement vers une issue fatale, à tel point que la tuberculose pulmonaire était alors considérée comme une maladie incurable et qu'une simple hémoptysie d'alarme constituait un arrêt de mort à plus ou moins longue échéance. En un mot : l'insuffisance des moyens d'investigation ayant entraîné un diagnostic tardif, tout l'effort de la recherche tendait à découvrir le tuberculeux fermé, le tuberculeux latent, le « prétuberculeux », comme l'on disait alors.

Il faut préciser lorsqu'on entendra parler de la « tuberculophobie de la grande guerre ». Un tel état d'esprit a réellement existé chez les médecins de cette époque, et le professeur Sergent, ainsi que le Dr Rist, ont eu raison de signaler cette hantise. Mais *la tuberculophobie datait de bien avant la guerre*, et, lorsque nos aînés évacuaient sur l'arrière leurs suspects de tuberculose, c'était moins l'ignorance que leur conscience professionnelle qui les guidait ; la nécessité reconnue d'un diagnostic précoce les poussait à

(1) Conférence faite en octobre à Bordeaux, à l'hôpital du Grand-Lebrun, pour un groupe de médecins et d'infirmières. Je remercie vivement M. le professeur agrégé Ferdinand Piéchaud, qui a bien voulu mettre sa documentation médicale à ma disposition. — L. C.

accomplir un acte parfaitement légitimé par l'état des connaissances médicales de l'avant-guerre.

***

Une réaction ne tarda pas à se produire. Des centres de triage de tuberculeux purent, grâce à une bonne organisation, faire une revue de détail des cas qui leur étaient adressés. Dès 1916, à Compiègne, sur 192 hommes porteurs du diagnostic de tuberculose pulmonaire, le Dr Rist trouve 53 tuberculeux réels, soit 27,5 %. En 1918-1919, le même auteur découvre 37 tuberculeux authentiques sur 342 suspects, soit 10,8 %. De son côté, le professeur E. Sergent, qui a dirigé durant presque toute la dernière guerre un centre de triage de soldats présumés tuberculeux, sur 1.719 hommes en a écarté 542 (soit 31 %) qui étaient indemnes de la tare tuberculeuse, et parmi les 63 % restants, plus de la moitié étaient guéris. Cela nous fait une proportion de 33 % environ de tuberculeux évolutifs ou actifs. Proportion plus élevée que dans les statistiques de Rist.

Il en est de même chez Dickinson, de Newcastle, qui, sur 287 candidats porteurs du diagnostic de tuberculose pulmonaire, détecta 167 bacillifères ; les 120 autres étaient négatifs, et, parmi eux, il y eut 4 décès (une bronchectasie, une grippe épidémique, un sarcome du poumon, une tuberculose miliaire aiguë, ces 4 cas vérifiés à l'autopsie).

Le Comité d'Hygiène publique du Conseil de Comté de Londres, pour 1921, a publié son rapport. Sur 158 malades proposés à l'expertise avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire, 124 cas (soit 78,4 %) étaient de non tuberculeux, et il ne resta que 34 vrais tuberculeux, dont 10 actifs et non évolutifs.

En Angleterre, comme en France, plus de la moitié des cas étiquetés « tuberculose » n'en étaient pas. A la base de ces erreurs de diagnostic, on retrouve trois grandes causes : l'insuffisance des moyens de diagnostic (le médecin de bataillon ou de régiment n'a pour tout outillage que ses doigts et son oreille), la ressemblance de beaucoup d'affections pulmonaires avec la tuberculose (les gaz de combat et leurs séquelles donnaient lieu à des syndromes pseudo-tuberculeux typiques), et surtout l'éducation phtisiologique embryonnaire du Corps médical dans la période de l'avant-guerre.

Quoi qu'il en soit, grâce au travail des centres de phtisiologie, une sorte de filtrage, de décantation se fit et la tuberculose pulmonaire émergea parmi d'innombrables cas disparates. C'est alors que se vérifia la proposition émise au début de ce travail : « *Jamais la tuberculose pulmonaire n'a eu comme point de départ une intoxication par les gaz de combat* ».

II. — ÉTIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE DES GAZÉS LES GAZ ET LE TERRAIN

Mais alors, pourquoi certains gazés sont-ils devenus tuberculeux ? Pour donner une réponse satisfaisante à cette question, il nous faut successivement envisager :

1° *Le rôle des gaz.*

a) Comme nous l'avons indiqué, les gaz de combat n'ont pas été une cause déterminante de tuberculose. L'intoxication par gaz n'est pas à ranger dans le cadre des maladies phtisiogènes (grippe, rougeole, coqueluche, dipthtérie, pneumococcie, etc.), ou de certains états phtisiogènes (puberté, gestation, etc.) qui détruisent l'allergie et créent un état d'anergie se traduisant par une tuberculose pulmonaire évolutive, une septicémie bacillaire ou une localisation viscérale extra-pulmonaire.

b) Dans un curieux travail intitulé : « Tuberculose pulmonaire et phtisie des gazés », G.-H. Lemoine (du Val-de-Grâce) distingue *deux périodes dans la guerre des gaz :*

1° La période des gaz suffocants (ou période « chlore »), avec moyens de protection improvisés et insuffisants, qui va de 1915 à 1916, et qui est caractérisée par l'action suffocante du gaz avec atteinte de l'alvéole pulmonaire ;

2° La période des gaz vésicants (ou période « ypérite »), avec utilisation d'appareils de défense perfectionnés. Cette période va de 1917 à 1918, et se trouve définie par l'action vésicante du produit toxique sur le tégument, les muqueuses oculaires, pharyngée et laryngée, enfin, mais plus tardivement, sur l'épithélium alvéolaire.

Ayant groupé un lot important de gazés et les ayant divisés en deux classes, correspondant aux deux périodes précitées, G.-H. Lemoine remarqua que 21,87 % du groupe chlorés étaient devenus tuberculeux, tandis que les « ypérités » ne possédaient que 8,67 % de bacillisés. La disproportion était notable entre les deux classes (1).

Que conclure de la statistique de Lemoine ? Rien de certain quant à l'influence du chlore ou de l'ypérite sur l'éclosion ultérieure de la tuberculose chez un gazé. En 1917-1918, la défense individuelle antigaz était généralisée et portée à un véritable degré de perfectionnement ; on peut lui faire l'honneur du faible pourcentage (8,67 %) des tuberculeux de la période « ypérite ». D'ailleurs, chez les Américains, entrés en ligne en mai 1918 avec de bons masques, la tuberculose pulmonaire, ainsi que le fait observer Lemoine, paraît avoir été nulle. Donc, l'intoxication pulmonaire chlorée pourrait avoir joué, vis-à-vis des tuberculoses pulmonaires ultérieures, un rôle prédisposant plus actif que l'intoxication générale ypéritée, mais ceci reste dans le domaine de l'hypothèse, et d'une hypothèse discutable.

c) S'il est difficile, ou tout au moins délicat, d'attribuer au chlore ou à l'ypérite leur part respective dans la genèse d'une tuberculose chez un gazé, l'accord est unanime en ce qui concerne leur place dans l'étiologie de la maladie tuberculeuse. *Il semble bien qu'ils soient cause adjuvante, prédisposante, indirecte de tuberculose pulmonaire*, puisqu'ils créent au niveau des bronches et du parenchyme pulmonaire lui-même des traumatismes, des brûlures, des lésions, des *séquelles* en un mot — (ectasies bronchiques, scléroses pulmonaires) — bien connues aujourd'hui, « sus-

(1) De cette statistique, rapprochons, en passant, celle du professeur Sergent, qui, en 1915 (période que j'appelle « chlorée »), sur 16 intoxiqués par le chlore, trouva 10 tuberculeux pulmonaires.

ceptibles de réveiller un processus latent, et même d'ouvrir la porte à des inoculations nouvelles » (Dumarest), et sur lesquelles viendra un jour, plus ou moins lointain, se greffer et se développer le bacille de Koch : les travaux de Rist et Ameuille, de Bezançon et de Weill (de Lyon) ne laissent aucun doute à ce sujet.

2° *Le rôle du terrain.*

Comme l'a écrit le professeur E. Sergent, « on ne fait pas pousser du blé sur des pierres », ce qui signifie qu'il y a des terrains réfractaires à la tuberculose. Ce terme de terrain a prêté à bien des discussions. Il dit pourtant bien ce qu'il veut dire : c'est le champ d'ensemencement du bacille. Du reste, peu importe le mot. Substituons-lui celui, plus général, d'*organisme*, ou celui, plus compréhensif, de *résistance du sujet ;* ou celui, injustement délaissé, de *tempérament*. Plus un concept est général, plus il est clair et, aussi, plus il est difficile à définir : témoins les vocables « vie », « électricité », « vertu », etc. Dans le cas qui nous occupe, tout le monde est d'accord, ou presque, sur ce point : *pour que le B. K. se développe chez un être humain, il faut une défaillance du terrain.*

En faveur de cette défaillance, notons l'extrême fréquence de la tuberculose chez les anciens prisonniers de guerre : c'est bien chez eux que l'on a pu relever les privations alimentaires, les fatigues de la vie en camp de concentration ou de représailles, le refroidissement, les mauvais traitements, sans oublier (car l'homme n'est pas seulement un corps) les chocs moraux qui jouent un si grand rôle dans les réveils ou dans le début de la tuberculose pulmonaire. Voilà une énumération éloquente, bien qu'incomplète, de facteurs d'affaiblissement du terrain.

Pourquoi refuser aux gaz cette action débilitante que nous reconnaissons à tant d'autres facteurs ? Nous n'en avons plus le droit depuis que nous savons (Sergent, Achard) que certains gazés font des pseudo-tuberculoses avec amaigrissement progressif allant jusqu'à l'état squelettique.

III. — FORMES DE TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ LES GAZÉS

Il nous faut considérer ici deux catégories d'intoxications par les gaz :

I. — *Les gazés antérieurement tuberculeux.*

1° Chez certains, il y eut un coup de fouet manifeste (Sourdel), avec fonte du parenchyme et expectoration bacillaire. Ce sont cas exceptionnels. On peut penser ici à une tuberculose pulmonaire latente, réveillée brusquement, à l'occasion de l'agression gazeuse sur le poumon et des fatigues de l'attaque. Il doit s'agir là de coïncidence, et ces tuberculeux latents auraient fait le réveil de leur affection sous l'influence d'autres causes de débilitation de l'organisme. Ces cas concernent des récupérés par la loi Dalbiez.

2° Dans d'autres cas, il n'y eut rien de changé. Il s'agissait probablement de sujets bien stabilisés.

II. — *Les gazés antérieurement sains.*

Dans la plupart des cas, il y a un intervalle assez long (des mois, des années parfois) entre l'intoxication gazeuse et l'apparition d'un symptôme révélateur de tuberculose (hémoptysie le plus souvent). L'on assiste alors à l'un des tableaux suivants :

1° Tantôt le bacille s'est greffé sur des suppurations plus ou moins diffuses. Il s'agit de *dilatation bronchique* à laquelle l'association bacillaire imprime un cachet de haute gravité.

2° D'autres fois (Clerc et Ramond), la symbiose « séquelles-tuberculose » s'oriente vers cette forme constructive et relativement bénigne qu'est la *transformation fibreuse.*

3° Le type le plus communément observé, d'après Clerc et Ramond, est la *forme ulcéro-caséeuse*, de pronostic réservé parce que destructive.

4° Enfin, André Martin a décrit un cas de *bronchite tuberculeuse* chez un gazé, avec élimination paucibacillaire. Cette forme avait, jadis, été proposée par Bard. Elle a été discutée (Burnand). Il y en aurait des cas indiscutables, et le professeur agrégé Piéchaud a observé des cas d'ouverture de ganglions suppurés dans les bronches ayant donné lieu à une symptomatologie purement bronchitique. Nous pensons que de telles formes sont exceptionnelles.

CONCLUSION

La tuberculose pulmonaire des gazés est une affection rare, très rare peut-être, mais certaine. Parce qu'elle est rare (au point qu'elle a été niée par certains), il ne faut pas la voir partout; parce qu'elle existe, il faut y penser toujours.

1° Ne pas voir la tuberculose pulmonaire chez tous les gazés graves.

Plus de hantise de la tuberculose, plus de tuberculophobie : parce que *les conséquences de cette psychose sont désastreuses*, répétons-le, *pour l'individu* (« l'étiquette de tuberculeux est lourde à porter », le tuberculeux est considéré par tous comme un pestiféré), *pour la famille* (drames conjugaux provoqués par l'isolement du conjoint, enfants à l'abandon, situations brisées) et *pour le corps social* (fardeau écrasant des pensions, état d'esprit du pensionné).

Il faudra être d'autant plus méfiant que *rien ne ressemble plus à un tuberculeux qu'un dilaté bronchique* à la suite des gaz. Mais il ne faudra pas oublier que tel dilaté bronchique à la période cachectique est infiniment plus malheureux que tel tuberculeux floride et stabilisé depuis des années : le 100 % avec l'indemnité de soins devra jouer pour le premier, alors que le second pourra faire de la rééducation professionnelle et contribuer ainsi à l'allègement des charges de l'Etat.

Du reste, *c'est l'état général du malade qui devrait, à notre avis, commander le degré de la pension*, à la condition, bien entendu, que la précarité de cet état général soit fonction de la maladie qui est à l'origine de la pension.

Je livre cette simple suggestion à la méditation du législateur de demain.

2° Penser toujours a la tuberculose.

Devant un gazé, présentant une symptomatologie plus ou moins alarmante, il faudra rechercher tout

d'abord la tuberculose pulmonaire, quand ce ne serait que pour l'éliminer. Ici s'avère important le *rôle de l'infirmière visiteuse d'hygiène sociale ;* le dépistage sera fait avec soin et avec tact. Tout cracheur chronique est suspect, tout vieillard cracheur est suspect. tout tousseur chronique est suspect... On aura recours aux méthodes classiques de recherche du bacille de Koch (examens directs *répétés*, homogéinisation, inoculation au cobaye) ; ces diverses investigations s'étant révélées négatives, on pourra, mais alors seulement, éliminer le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Ce dépistage du tuberculeux possible chez les gazés se fera d'autant plus scrupuleusement qu'il y va de la préservation de l'entourage et de l'avenir de la race. Ignorer une tuberculose existante est chose extrêmement dangereuse, alors qu'il n'est que coûteux, au sens monétaire du mot, d'entourer de soins un pseudo-tuberculeux.

(Bordeaux, octobre 1939.)

BIBLIOGRAPHIE

BENTEGEAT (J.). — Dilatation des bronches, in *Journal de Médecine de Bordeaux*, nos de mai et juin 1938.

BONNAMOUR, BADIOLLE et GAILLARD. — La dilatation bronchique des Gazés, *Archives Médicales, Chirurgicales de l'appareil respiratoire*, n° 3, juin 1928.

CLERC André et RAMOND Louis. — Les intoxication par les gaz de guerre, in *Nouveau Traité de Médecine*, t. VI, fascicule 6.

CANUYT Georges. — Les affections oto-rhino-laryngologiques et la tuberculose pulmonaire, in *Revue de la Tuberculose*, juin 1926.

FLURIAN (A.). — Les tuberculeux et les gazés, *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 2 septembre 1928.

HARVIER. — Sclérose pulmonaire, in *Nouveau Traité de* Médecine, t. II, p. 540.

LEMOINE (G.-H.). — Tuberculose pulmonaire et phtisie des gazés, *Société Médicale des Hôpitaux*, 12 octobre 1939.

MALAPLATE (J.). — Contribution à l'étude des fausses tuberculoses et de la tuberculose pulmonaire fermée, *Thèse de Bordeaux*, Cadoret 1928.

MIGNOT (R.) et MOLLARD (H.). — Tuberculose pulmonaire chronique (étiologie), in volume Poumon de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*, fascicule 6024, p. 10.

— Article Broncho-pneumonie des gaz, même ouvrage, fascicule 6.008, p. 5.

RIST (E.). — Les diagnostics erronés de tuberculose pulmonaire et les affections des voies aériennes supérieures. *Revue de la tuberculose*, octobre 1926.

— La différenciation clinique de la tuberculose pulmonaires d'avec les autres affections des voies respiratoires. *Revue de la Tuberculose*, avril 1923.

SERGENT Emile et BORDET Francis. — Diagnostic radiologique des suppurations broncho-pulmonaires chroniques, in *Archives Médicales, Chirurgicales de l'appareil respiratoires*, octobre 1927.

SERGENT (E.) et STOICHITZA (N.). — Le syndrome pseudo-cavitaire dans les scléroses pulmonaires. *Archives Médicales, Chirurgicales de l'appareil respiratoire*, juillet 1929.

SOURDEL. — Accidents pulmonaires consécutifs à l'intoxication par les gaz asphyxiants, in *Traité de Pathologie* de Sergent, *Appareil respiratoire*, t. II, 2e édition, p. 373.

VOIVENEL Paul et MARTIN Paul. — La guerre des gaz, *Journal d'une ambulance « Z »*, Paris 1919. A la Renaissance du Livre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1939

Action de l'apiol sur la caryocinèse et la cytodiérèse chez quelques phanérogames. — M. Pierre GAVAUDAN et Mme Noélie GAVAUDAN.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE ANNUELLE DU 12 DÉCEMBRE 1939

La séance est ouverte à 15 heures.

M. Georges BROUARDEL, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés.

M. le PRÉSIDENT proclame les prix.

PRIX DÉCERNÉS

PRIX DU PRINCE ALBERT Ier DE MONACO. — L'Académie a attribué ce prix à M. Jules Lefèvre, de Neuilly-sur-Seine, pour ses travaux sur la bioénergétique.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY. — M. le Dr Raoul Caussé, de Paris.

PRIX DE LA FONDATION ANONYME. — L'académie attribue les arrérages de ce prix à MM. les Drs Turpin et Chassagne, de Paris.

PRIX APOSTOLI. — M. le Dr J. Lefebvre, de Paris.

PRIX DU MARQUIS D'ARGENTEUIL. — Mme le Dr Hyon-Jomier, de Paris.

PRIX ARGUT. — M. le Dr Sliosberg, de Paris.

PRIX AUDIFFRED. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde des arrérages disponibles à titre d'encouragement à : 1° M. le Dr Malard, de Nice ; 2° M. le Dr Lucien Costil, de Paris ; 3° M. le Dr Robert Mallet, de Paris.

PRIX BARBIER. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le Dr Sézary, de Paris ; 2° MM. les Drs Piéry et Violle ; 3° M. le Dr Roger Stora, de Paris.

PRIX BERRAUTE. — L'Académie attribue les arrérages disponibles de ce prix à Mme le Dr Odette Noeppel, de Strasbourg.

PRIX BOGGIO. — M. le Dr Fethke, de Paris.

PRIX BOURCERET. — M. le Dr Jean-Paul Brisset, de Paris. Mention très honorable à M. le Dr Guillermo A. Bosco, de Buenos-Aires.

PRIX BUIGNET. — M. Pesquier, pharmacien-lieutenant, de Marseille.

PRIX CAILLERET. — M. le Dr Panayotopoulos, de Paris.

PRIX CAPURON. — M. Ydrac, de Bagnères-de-Bigorre.

PRIX MARIE CHEVALLIER. — M. le Dr Etienne Bernard, de Paris.

PRIX CHEVILLON. — M. le Dr Jacques Lavedan, de Paris.

PRIX CIVRIEUX. — M. le Dr Maurice Leconte, de Paris.

PRIX CLARENS. — Mme le Dr Irène Marcelot-Siguier, de Paris.

PRIX COMBE. — MM. les Drs Huet, de Paris, et Péri, d'Alger.

PRIX DAUDET. — M. le Dr Jacques Mallarmé, de Paris.

PRIX DEMARLE. — Mlle le Dr Régnier, d'Issy-les-Moulineaux.

PRIX DESPORTES. — Le prix est partagé entre : 1° M. le professeur Aimes, de Montpellier, et M. Cayla, chef de laboratoire, à Rouen ; 2° M. le Dr Iwo Lominsky, de Paris ; Elle accorde en outre une mention très honorable à M. le Dr Vergès, directeur du Service de Santé, à Saint-Denis (Ile de la Réunion).

PRIX DU Dr DRAGOVITCH. — Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Alfred Rossier, de Paris ; 2° M. le Dr René Masson, de Paris.

FONDATION DREYFOUS. — Les arrérages de cette fonda-

tion sont attribués à M. Jean Fauvet, de Paris, qui a obtenu la médaille d'argent au concours de l'internat.

Prix Ferdinand Dreyfous. — M. le Dr André Domart, de Paris.

Prix Falret. — M. P. Chatagnon, Mme Th. Brosse, M. P. Scherrer et Mlle C. Chatagnon.

Prix Godard. — MM. Worms, de Paris, Couloumа et Cazalas, de Lille.

Prix Guérétin. — Le prix est partagé entre : 1° MM. les Drs Weissenbach, de Paris, et Françon, d'Aix-les-Bains ; 2° M. le Dr Delort, de Paris ; 3° M. le Dr Marcel Parent, de Paris.

Prix Guillaumet. — M. Lucien Klotz, de Paris. Mention honorable à M. Lavarenne, de Clermont-Ferrand.

Prix Catherine Hadot. — Le prix est partagé entre : 1° MM. les Drs Croisier et Edme Martin, de Saint-Etienne, et M. le Dr Policard, de Lyon ; 2° MM. les Drs Margarot et Terracol, de Montpellier ; 3° M. le Dr Marchand, de Paris.

Prix Helme. — M. le Dr Gratia, de Liége.

Prix Herpin (de Genève). — M. le Dr André Barbé, de Paris. Mention honorable : M. le Dr Marcel Ulmann, de Paris.

Prix Huchard. — Le prix est partagé entre : M. le Dr Lora, d'Alger ; Mme Marie-Louise Nael, en religion sœur Albert, du Tonkin, et le R. P. Sennen Xatard, de Madagascar.

Prix Itard. — M. le Dr Caminopétros, d'Athènes.

Prix Jacquemier. — MM. les Drs Mouchotte et Chauvois, de Paris.

Prix Jansen. — Une part est accordée à MM. Bierry et Gouzon, de Marseille ; une seconde part, à M. le Dr Bessemans, de Belgique.

Prix Laborie. — MM. les Drs Jeanneney et Ringenbach, de Bordeaux.

Prix du baron Larrey. — M. le Dr Perrier, de Draguignan ; mention honorable à M. le Dr Lassablière, de Paris.

Prix Le Piez. — Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr René Israel, de Paris ; 2° Mme le Dr Tédesco, de Paris ; 3° M. le Dr Sapet, de Paris.

Prix Leveau. — Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Pierre Macquet, de Lille ; 2° M. le professeur J.-F. Durand, de Montpellier, et M. le Dr André Soubiran, de Paris.

Prix Liard. — M. le médecin-capitaine Jude, d'Alger.

Prix Lorquet. — M. le Dr Pierre Tanret, de Paris.

Prix Marmottan. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais attribue les arrérages disponibles à MM. Oberling, de Strasbourg, et Guérin, de Paris.

Prix de Martignoni. — Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Skevos Zervos, d'Athènes ; 2° M. le Dr Delhoume, de Pierre-Buffière.

Prix A.-J. Martin. — M. le Dr Gilbrin, de Paris.

Prix Mège. — M. le Dr André Varay, de Paris.

Prix Merville. — Mlle Germaine Erignoux, de Paris.

Prix Meynot. — M. Prosper Veil, de Paris.

Prix Monbinne. — Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Lucien Brumpt, de Paris; 2° M. le Dr Sigonnaud, de Châteauroux. Mentions honorables : 1° M. le Dr Dubois, de Nice ; 2° MM. les Drs Velu, de Vert-le-Petit, et Charnot, du Maroc.

(A suivre.)

Eloge d'Emile Javal (1839-1907). — M. Félix Terrien prononce l'éloge du grand ophtalmologiste que fut Emile Javal, père de notre confrère Adolphe Javal.

M. Terrien rappelle ce que fut cet homme dont l'œuvre demeure une des bases de l'optique physiologique et dont la plus terrible infirmité ne put abattre la volonté.

Les yeux recouverts d'épaisses lunettes noires, chevauchant un tricycle tandem conduit par un fidèle serviteur, on le voyait se rendre aux séances de l'Académie avec une ponctualité parfaite et dans cette attitude se retrouve l'individu tout entier.

Après de multiples travaux sur la physiologie de la vision, sur le strabisme, sur l'ophtalmométrie, il nous laisse un ophtalmomètre merveilleux qui, à lui seul, suffirait à préserver sa mémoire de l'oubli. Devenu complètement aveugle, il n'en poursuit pas moins ses recherches, témoignant de ce que peuvent, en dépit des coups du destin, le travail et la volonté conduite par le souci de demeurer utile.

Plongé dans la nuit, après une crise de désespoir, bientôt il se ressaisit et recherche les moyens qui ont permis de poursuivre leur tâche à ces parvenus de la cécité, frappés comme lui au déclin de leur vie et peut-être à cause de cela plus pitoyables. Car s'il n'est guère de degrés dans semblable infortune, combien peut être plus misérable, l'homme qui a connu la joie de la lumière et consacré sa vie à la recherche ! Comme si une Némésis jalouse exigeait du malheureux la rançon de ses conquêtes, pour avoir, en violation des lois éternelles, osé toucher à l'arbre de la science.

Sans doute, Javal trouvait des modèles. Nombre de savants, comme lui frappés, Galilée, Milton et Lamarck, frères par le génie et par le malheur, Euler, Geoffroy Saint-Hilaire, Augustin Thierry et combien d'autres, n'en continuèrent pas moins leurs recherches ! Montrant, par un rare exemple de courage, combien peu de chose est l'outil à côté de l'ouvrier.

Que dire de Beethoven, peut-être le plus misérable ! Une baguette de bois dans la bouche, l'autre extrémité plongeant dans son piano, il cherche des sons qu'il n'entendra jamais et nous laisse les plus douloureux accents qui aient jamais été ressentis.

Javal ne se montre pas inférieur à ses modèles. Comme eux, il témoigne d'un courage stoïque, poursuit ses tra-

vaux sur la physiologie de la lecture et de l'écriture. N'ayant aucun souci que de laisser à ceux qui viendront le meilleur de son œuvre. Et il en consigne le fruit dans un petit livre *Entre aveugles*, où il multiplie les conseils aux malheureux comme lui atteints. Traduit aussitôt en plusieurs langues, de sa lecture se dégage une philosophie sereine. « Si, dit-il, ces pages servent à adoucir quelque infortune analogue à la mienne, le sort m'aura donné une précieuse consolation ».

Ayant ainsi dans la période de son activité honoré l'Académie par de remarquables travaux et non moins dans ses dernières années par la noblesse de son exemple, Javal a bien mérité l'hommage que celle-ci a voulu lui réserver.

PRATIQUE MÉDICALE

A propos des transfusions sanguines

Le professeur Jeanneney, de Bordeaux, a eu l'occasion tout récemment d'attirer l'attention, en collaboration avec son élève Ringenbach, sur le moyen d'éviter un choc transfusionnel (Académie des Sciences, Académie de Médecine et surtout Académie de Chirurgie, 26 avril 1939). Il suffit, d'après les auteurs, de faire une injection préalable de pantopon spartéiné (pantopon : une ampoule ; sulfate de spartéine : 5 centigrammes, pratiquée une à trois heures avant la transfusion).

Le professeur Jeanneney pratique systématiquement cette injection antichoc chez les malades susceptibles atteints d'anémie pour lesquels le moindre choc pourrait être catastophique.

Au surplus, le pantopon est un médicament classique : 1 centigramme de pantopon correspond à 1/2 centigramme de morphine. Chaque ampoule de 1 cm³ contient 2 centigrammes de pantopon. Chaque comprimé est dosé à 1 centigramme. Le pantopon possède toutes les indications de l'opium, de la morphine et de leurs dérivés.

Le pantopon, contrairement à la morphine, ne détermine pas cette sensation d'euphorie si dangereuse pour le malade. Il ne provoque ni nausées, ni vomissements, il n'est pas hypercongestionnant et il agit sans phénomènes secondaires désagréables. Certes, il serait superflu de dire que le pantopon est un produit atoxique. Comme tous les médicaments vraiment actifs, son emploi demande à être surveillé, mais, ce que l'on peut affirmer, c'est qu'il détermine une accoutumance moindre. Ce sont ces qualités qui ont fait adopter le pantopon dans la pratique chirurgicale où on l'utilise toujours soit avant l'intervention pour faciliter l'anesthésie, soit après l'opération pour calmer l'agitation, apaiser la douleur pour obtenir le sommeil; de sorte que l'on a pu dire que le pantopon constitue le sédatif chirurgical de choix. C'est également un excellent hypnotique et il trouve son emploi dans toutes les insomnies douloureuses, dans les méningites, les maladies cérébro-spinales, chez les cardiaques, etc.

Le pantopon est un sédatif parfait; il peut avantageusement remplacer le laudanum et toutes les préparations d'opium dans la neurasthénie, l'angoisse, la mélancolie, la démence précoce, le délire, les bronchites, les hémoptysies, les métrorragies, etc.

De plus, c'est un analgésique d'effet immédiat et il rend les plus grands services dans les névralgies, les points de côté, le cancer sous toutes ses formes, la dysménorrhée, la dysurie, etc.

Enfin, le pantopon joint à ses propriétés hypnotiques, sédatives et analgésiques, une action toni-cardiaque très nette (angine de poitrine, artério-sclérose, myocardite, etc.) et une action sur les sécrétions et la nutrition que l'on peut utiliser avec de très bons résultats dans les diarrhées les plus diverses, les gastro-entérites aiguës de l'enfance et même dans le diabète et ses complications.

Les doses habituellement employées sont de 1 à 2 ampoules par vingt-quatre heures par voie intramusculaire ou de 1 à 4 comprimés par jour.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 103-104. — 26-30 DECEMBRE 1939. 112e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

Défense passive.
Premiers soins à donner aux intoxiqués par les gaz, par M. L. Babonneix.
Sociétés Savantes.
Académie des Sciences. — Académie de Médecine. Séance annuelle. Prix décernés (*fin*). — *Académie de Chirurgie.*
Congrès.
IIIe Congrès neurologique international de Copenhague, par M. Henri Schaeffer (suite).
Notes pour l'Internat.
Fractures du rachis cervical, par E. Sayous (*fin*).
Actes de la Faculté de Médecine de Paris.
Nécrologie
Séglas, par A. B.
Ernest Montagné, par A. Gaullieur-L'Hardy.
Bibliographie.
Tables des matières et des auteurs.

INFORMATIONS

Agrégation des Facultés de Médecine. — Par arrêté en date du 14 décembre 1939, le titre d'agrégé des Facultés de Médecine est conféré à :

M. le Dr Sotirios Briskas, de nationalité hellénique, section de médecine générale ;

M. le Dr Yahya Addle, de nationalité iranienne, section de chirurgie générale.

Hôpitaux de Marseille. — Le Directeur de l'administration de l'Assistance Publique à Marseille fait connaître que les candidats au prochain concours d'internat en médecine des hôpitaux de Marseille seront admis à se présenter, même s'ils sont pourvus du titre de docteur, à la condition qu'ils aient soutenu leur thèse après le 2 septembre 1939, et qu'ils aient été sous les drapeaux pendant les hostilités actuelles.

Marine. — Les élèves du Service de Santé de la marine dont les noms suivent ont été nommés médecin ou pharmacien-chimiste auxiliaire, pour compter du 26 août 1939 (application des dispositions de l'article 64 de la loi du 13 décembre 1932 sur le recrutement de l'armée de mer et l'organisation de ses réserves) :

Promotion 1936. — 1° Elèves de la ligne médicale à 16 inscriptions. — MM. Aury, Bache-Gabrielsen, Buscail, Chochon, Courapied, Demarque, Dijonneau, Durand, Duval, Habay, Heuls, Langlois, Le Bras, Lecalve, Leclère, Le Gall, Nicol, Pelle, Penau, Ploye, Renner, Runacher, Saugrain, Sommer, Vaillant.

2° Elèves de la ligne pharmaceutique à 12 inscriptions. — MM. Marsas, Tonnaud.

Promotion 1937. — 1° Elèves de la ligne médicale à 12 inscriptions. — MM. Amouroux, Barroux, Bars, Bouhier, Bouvet de La Maisonneuve, Darrasse, Gala, Georgelin, Huraux, Kerjan, Klefstad-Sillonville, Le Bas, L'Hermitte, Mathe, O'Connor, Rouayrenc, Waquet, Zuccarelli.

2° Elèves de la ligne pharmaceutique à 8 inscriptions. — MM. Badre, Carnet, Duclos, Flandrin, Le Monies de Sagazan, Risgallah, Théveneau.

La Société Française de Gynécologie se réunira le jeudi 4 janvier à 17 heures, à la Faculté de Médecine de Paris. Les gynécologues appartenant aux nations alliées ou amies et présents en France sont cordialement invités.

Société Médicale du Littoral Méditerranéen. — Déférant aux recommandations du Gouvernement français et suivant l'exemple des plus grandes Associations médicales et scien-

tifiques, la *Société Médicale de Climatologie et d'Hygiène du Littoral Méditerranéen* s'efforcera de maintenir son activité pendant la guerre, autant q'il lui sera possible.

Le Voyage d'Etudes Climatiques et Médicales, qui avait été annoncé paur Noël 1939, a été supprimé, mais le Bureau de la Société s'efforcera d'organiser un Voyage de Pâques en 1940, si les événements le permettent.

Les divers Congrès auxquels la collaboration de la Société médicale était assurée — (notamment le *IIIe Congrès de l'Enfant à la Mer ou à la Montagne*, dans les stations thermales et climatiques des Alpes et le *IIe Congrès International de Cosmobiologie*, à Rome), — sont ajournés. Leur préparation sera reprise dès que les événements le permettront.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, 24, rue Verdi, à Nice.

Ligue française contre le rhumatisme, 25, rue du Cherche-Midi, Paris (6e). — Le Conseil de la Ligue a décidé d'interrompre l'activité scientifique de l'Association pendant la durée des hostilités.

Caisse d'assistance médicale de guerre. — Dans sa dernière séance, le Conseil de l'Association générale des médecins de France a établi le règlement suivant de la Caisse d'assistance médicale de guerre :

L'Association générale des médecins de France crée, en dehors de ses statuts et de la loi du 1er avril 1898, sur les Sociétés de secours mutuels, une Caisse d'assistance médicale de guerre.

Cette caisse est destinée à venir en aide aux médecins ou aux familles des médecins directement victimes de la guerre (médecins mobilisés ou requis loin de leur domicile), qu'ils fassent partie ou non de l'Association générale.

Elle est administrée par le Conseil de l'Association générale, auquel s'ajoindra un Comité de contrôle et de répartition, composé du bureau et de trois membres de l'Association.

Les confrères qui auront recours à cette caisse devront adresser au président une demande, en précisant les dommages qu'ils ont subis.

Les sommes seront distribuées après enquête et proportionnées, dans la mesure des ressources de l'œuvre, au degré des infortunes qui lui seront signalées.

A la liquidation, le solde pouvant exister en caisse sera versé à la caisse de secours immédiat de l'Association générale.

Adresser les souscriptions à l'Association générale des médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e) ; compte courant postal, Paris 186-07.

Nécrologie

Séglas

Louis, Jules, Ernest Séglas, dont nous annoncions la mort, il y a quelques jours, était né le 31 mai 1856. Reçu docteur en médecine, le 20 janvier 1881, il fut nommé médecin des hôpitaux (service des aliénés), le 1er août 1886 ; successivement médecin suppléant de Bicêtre et de la Salpêtrière, puis chef de service dans ces deux établissements, il a été nommé médecin honoraire des hôpitaux le 1er janvier 1922. Ancien expert près les Tribunaux, membre de plusieurs Sociétés savantes (ancien président de plusieurs d'entre elles), il était chevalier de la Légion d'honneur ; il avait également reçu la Médaille d'or de l'Assistance Publique et la Médaille de la Ville de Paris. Il est décédé le 6 décembre 1939.

L'œuvre scientifique de Séglas est considérable. Ses travaux d'ensemble sont les suivants : Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses ; Les troubles du langage chez les aliénés ; Le délire des négations (ouvrage couronné par l'Académie de Médecine) ; Sémiologie des affections mentales (*in* Traité de pathologie mentale). Mais, en plus de ces travaux, il a publié de nombreux articles dans les périodiques et fait beaucoup de communications dans les Sociétés savantes, en sorte qu'il n'est pas de chapitre de la psychiatrie auquel il n'ait apporté une contribution féconde autant par sa clarté que par sa valeur : tous ceux qui l'ont connu seront unanimes à dire qu'il fut le plus grand aliéniste de notre époque. Si cette notice n'a ni le développement, ni l'allure d'un article nécrologique, c'est pour répondre à un désir formellement exprimé par Séglas lui-même.

Aux obsèques de ce grand maître de la psychiatrie française, il n'y eut que quelques intimes, il l'avait voulu ainsi.

A. B.

Ernest Montagné

Je ne voudrais pas laisser partir, sans lui adresser un mot d'adieu, notre confrère, le Dr Ernest Montagné, qui fut par ailleurs un musicien de grande classe.

Elève du professeur Moure, à Bordeaux, Montagné consacra sa thèse à l'étude du *malmenage vocal*, si fréquent chez les chanteurs. C'est lui d'ailleurs qui introduisit en clinique cette appellation si heureuse, que beaucoup ont reprise depuis sans toujours en faire remonter la paternité jusqu'à lui.

Mais c'est à la musique qu'il a consacré sa vie, et il a été pendant de nombreuses années chef d'orchestre du grand théâtre de Bordeaux. Il y était aimé et estimé, et l'on sait combien les Bordelais sont difficiles au point de vue musical.

J'ai eu l'occasion de l'approcher souvent et c'est avec un regret ému que je salue la mémoire de cet excellent confrère et de ce consciencieux et parfait artiste. Et je prie Mme Montagné, dont il avait fait une si admirable cantatrice pour les salons et l'église, d'agréer l'hommage de mes respectueuses condoléances. Dr A. Gaullieur-L'Hardy.

— Mme le Dr Jean Robert, née Paulette Silhol, à Marseille.

— Dr Gustave Roguet, médecin honoraire des hôpitaux d'Angers.

— M. Jacques Monprofit, étudiant en médecine E. O. R., fils du Dr L. Monprofit, de Paris, à qui nous adressons nos bien vives condoléances.

Jacques Monprofit était le neveu du regretté professeur Monprofit (d'Angers).

— Le Dr Charles Marmey, à Privas.

— Dr G.-L. Herbinet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— Le médecin général de la marine du cadre de réserve Emile Viguier.

— Le médecin-capitaine Duponchet, à Dôle (Jura).

— Le Dr Gelin, de Champagne au Mont-d'Or.

— Le Dr Lucien Bayle, d'Annonay.

— Oscar Bernhard, l'éminent phtisiologiste suisse de Saint-Moritz, décédé à l'âge de 78 ans.

DEFENSE PASSIVE

PREMIERS SOINS A DONNER AUX INTOXIQUÉS PAR LES GAZ

Par M. L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Question d'actualité s'il en fût, et à laquelle nous avons déjà consacré de nombreux articles ! Ne convient-il pas, cependant, d'y revenir à chaque instant ? Nous voudrions aujourd'hui résumer, à l'intention de nos lecteurs, le dernier chapitre des *Leçons* que le professeur R. Fabre a faites, en mai 1939, aux étudiants de la Faculté de Pharmacie de Paris (1), les premiers traitant respectivement de l'*organisation des services sanitaires en matière de défense passive*, de l'*étude chimique et toxicologique des principaux produits agressifs*, de leur *détection*, de leur *neutralisation* et de la *protection et de la récupération des denrées alimentaires*.

Les principes de l'intervention sont :

1° *La suppression de l'action des toxiques ;*

2° *Leur élimination ;*

3° *Les soins des lésions constituées ou en voie de développement.*

I. — GAZ IRRITANTS

a) Gaz lacrymogènes

Contre la conjonctivite : lavage avec ClNa à 14 p. 1.000 ; pas de corps gras.

Contre la trachéo-bronchite : inhalations de vapeur eucalyptolée. Antisepsie du naso-pharynx (huile goménolée).

Contre l'asthénie consécutive : strychnine.

b) Gaz sternutatoires

Désinfection de la peau par le permanganate de potasse à 2 p. 1.000 ou l'eau de Javel.

Contre les picotements de la muqueuse nasale et les éternuements : glycérine cocaïnée à 1 ou 2 p. 100.

S'il y a absorption de toxique par voie digestive et symptômes d'intoxication générale, faire vomir, après administration d'eau tiède, en chatouillant l'épiglotte.

Lavement purgatif. Diète lactée.

II. — GAZ SUFFOCANTS

a) *Repos :*

Abaisser au maximum les besoins de l'organisme en instituant un repos absolu et prolongé.

b) *Saignée :*

Précoce, abondante (300 à 500 g.), précédée, de cinq minutes, d'une injection de caféine (0 g. 25). Pas de sérum artificiel.

Les ventouses scarifiées ne remplacent pas la saignée, mais peuvent être un adjuvant utile. La saignée peut être renouvelée si nécessaire (œdème pulmonaire avec grosse dyspnée). Si on la répète au bout de quelques heures, se borner à extraire 150 à 250 g.

c) *Oxygénothérapie :*

Oxygène ou air enrichi par l'oxygène (60 p. 100, environ) en inhalations, à faible pression, autant que possible, au moyen d'inhalateurs appropriés Nicloux, auvent facial pliable des Drs Cot et Génaud (*Presse Médicale*, 9, 1er février 1939).

Continuer les inhalations après les premiers jours.

d) *Soins :*

Réchauffer le malade.

Désinfecter les premières voies aériennes : huile goménolée dans les narines, lavages fréquents de la bouche et de la gorge, inhalations de vapeur d'eau eucalyptolée ou thymolée.

Grands enveloppements chauds du thorax.

Contre l'inflammation du poumon : révulsion (ventouses sèches, cataplasmes sinapisés).

Ether : une perle d'éther de dix minutes en dix minutes, action sédative.

Ipéca à dose vomitive (contre-indiqué si le cœur est défaillant — menace de syncope — ne doit être donné que si un repos de trois heures peut être assuré avant le transport).

Autres médications à appliquer :

Surveiller le cœur : toni-cardiaques (strophantine, ouabaïne, digitaline, caféine, 0 g. 50 par vingt-quatre heures ; strychnine, 4 à 10 milligr. par vingt-quatre heures).

Les manifestations ou complications pulmonaires autres que l'œdème aigu, doivent recevoir le traitement symptomatique habituel.

Pendant les deux premiers jours : diète (tisanes chaudes, en cas d'asthénie : café, thé léger).

Médications à ne pas appliquer :

Digitale et digitaline, adrénaline, morphine, hyposulfites, inhalations d'ammoniaque, injections intra-veineuses d'oxygène, *ni respiration artificielle ni carbogène.*

Période de convalescence :

A surveiller de près.

Fragilité pulmonaire et cardiaque.

Alimentation progressive, lactée, puis lacto-végétarienne.

En cas d'asthénie persistante, strychnine.

Reprise lente et progressive du mouvement.

III. — GAZ VESICANTS

a) Mesures préventives

Agir le plus tôt possible (dix minutes).

(Pendant la période latente, plusieurs heures avant l'apparition des lésions) :

Retirer vêtements, linge, objets susceptibles d'avoir été souillés, qui seront mis à l'étuve à vapeur fluente pendant une demi-heure. Eviter tout contact direct dans leur manipulation.

Lavage de tout le corps (abondant, minutieux, prolongé, à l'eau chaude et au savon, rinçage à l'eau bicarbonatée).

Yeux : lavage au bock avec solution de bicarbonate de soude à 22,5 p. 1.000 ou au permanganate de potasse à 1 p. 4.000 dans du sérum artificiel.

Bouche, pharynx : lavages, gargarisme à l'eau bicarbonatée (1 cuillerée à café de bicarbonate de soude pour un quart de litre d'eau).

Nez : aspiration par le nez de la même solution. Ingestion d'eau bicarbonatée.

Mains : si elles sont absolument sèches, les passer dans du chlorure de chaux sec en poudre ou employer l'onguent désinfectant du service de santé.

Remettre du linge et des vêtements propres.

b) Mesures curatives

1° *Accidents oculaires :*

Lavages toutes les quatre heures, alternativement, à la solution de bicarbonate et de permanganate indiquée plus haut.

(1) René Fabre. — *Cours de défense passive*. Paris, 1939, in-8°, 62 pages (autorisé par la censure). Valentin, 176, quai Jemmapes.

En cas de douleur, instillation, répétée trois ou quatre fois dans la journée, de deux gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100.

S'il y a photophobie et larmoiement intense, faire, une ou deux fois par jour, une instillation d'une ou deux gouttes de sulfate neutre d'atropine à 1 p. 200.

En cas de suppuration, instillation, deux fois par jour, de collargol à 1 p. 100.

En cas d'inflammation vive et douloureuse, application de compresses chaudes imbibées de la solution de bicarbonate de soude à 22,5 p. 1.000, pendant six à quinze minutes.

En aucun cas, on ne devra faire un pansement occlusif. *N'employer aucun corps gras.* Pas de pansements serrés.

2° *Accidents cutanés :*

Erythème : éviter brossage et frictions vives. Appliquer en permanence des pansements non serrés, formés de compresses imbibées de solution de permanganate concentrée (20 p. 1.000) que l'on maintiendra humides.

Phlyctènes : ouvrir aseptiquement au point déclive. Enduire la surface de la phlyctène et son pourtour avec de l'huile goménolée à 10 p. 100. Recouvrir d'une compresse de gaz stérile et de coton non hydrophile.

A défaut d'huile goménolée, employer l'ambrine ou le liniment oléo-calcaire. *Ni vaseline, ni pommades composées, ni acide picrique.*

Sur la verge et les bourses, si les lésions sont étendues et douloureuses, applications humides, ne dépassant pas une heure, de solution de ClNa à 7 p. 1.000. Pas de préparations chlorées.

En cas de brûlures infectées, traitement classique adéquat.

3° *Accidents digestifs :* ulcérations bucco-pharyngées : badigeonnages à la solution cocaïnée de bleu de méthylène.

Chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100.
Bleu de méthylène à saturation.

Douleurs gastriques : ingestion de bicarbonate de soude (une cuillerée à café de bicarbonate de soude dans un quart d'eau toutes les trois heures). Au début, maintenir le malade au régime lacté, auquel fera suite plus ou moins rapidement, selon les circonstances, le régime lacto-végétarien.

4° *Accidents respiratoires :* un ypérité dont l'appareil respiratoire est atteint, *ne doit pas être mis dans une salle où il y a des malades atteints d'une maladie infectieuse des poumons.*

Inhalations de vapeur d'eau, instillations d'huile goménolée à 2 ou 5 p. 100 dans les narines. Instillation intratrachéale (par spécialiste) d'huile goménolée.

Dans les cas aigus de suppuration, pulvérisations sur le larynx et dans la trachée de la solution cocaïnée de bleu de méthylène.

Pour calmer la toux, codéine, dionine.

Deux ou trois fois par jour, insuffler dans le larynx, pendant l'inspiration, 0 gr. 10 (gros comme un pois) de la poudre suivante :

Chlorhydrate de morphine	
Sucre de lait	ââ
Gomme pulvérisée	
Acide borique	

Grands enveloppement du thorax et du cou. Pas de cataplasmes sinapisés sur peau irritée.

S'il y a syndrome croupal, tubage, trachéotomie inutile et dangereuse, la trachée et les grosses bronches étant entièrement obstruées.

Inhalations d'oxygène, pas de résultat.

Les complications pulmonaires tardives sont justiciables de la thérapeutique classique.

5° *Accidents nerveux et généraux :*

Bicabonate de soude par la bouche et en lavement.
Goutte à goutte rectal de sérum bicarbonaté à 40 p. 1.000.
Diète hydrique.
Absorption fréquente d'eau bicarbonatée.
Si les douleurs sont excessives, employer exceptionnellement la morphine.

IV. — GAZ TOXIQUES

Acide cyanhydrique

Intervention médicale rare, en raison de la rapidité et de la brutalité de l'intoxication.

Amener à l'air libre, eau froide sur la nuque.

Maintenir ou rétablir la respiration par la respiration artificielle associée à la carbogénothérapie.

Stimulants cardiaques et généraux : éther, caféine.

En cas de dyspnée, cyanose (associations toxiques et suffocants), saignée abondante précoce (voir gaz suffocants).

Oxyde de carbone

Le traitement de l'intoxication par l'oxyde de carbone est à mettre en œuvre suivant les données classiques (respiration artificielle, oxygénothérapie, saignée, caféine, etc.

Il a paru utile au professeur R. Fabre de joindre à ces conférences les directives suivantes contenant les conseils en vue des premiers secours à appliquer dans tous les cas, ainsi que les préceptes utiles pour l'auto-protection en cas de surprise.

I. — Technique des premiers secours à appliquer dans tous les cas

Directives générales :

Un intoxiqué doit être transporté aussitôt que possible dans un poste de secours, auprès d'un médecin.

On doit toujours se munir de masques et de vêtements spéciaux avant de pénétrer dans une zone dangereuse.

Avant tout :

— retirer d'urgence l'intoxiqué de la zone infectée ;

— si l'on doit traverser une zone suspecte et s'il n'a pas de masque, lui en appliquer un ; s'il ne peut utiliser le masque, le protéger avec des moyens de fortune (linge mouillé, tissu de drap, à défaut de voiture étanche.

Dès que l'accidenté est hors de la zone dangereuse :

— lui imposer un repos absolu, même s'il ne se sent pas malade. L'empêcher de marcher, de porter des paquets, *de parler à voix haute*, calmer son angoisse, son agitation;

— Le transporter toujours couché, la partie supérieure du corps légèrement élevée.

Avant le transport, enlever les vêtements de dessus s'ils ont été imprégnés de gaz. Ne pas les transporter dans des voitures où se trouvent des intoxiqués.

Si la température est froide, utiliser des couvertures (le refroidissement peut aggraver l'état des intoxiqués).

Eviter, cependant, chez un malade gravement atteint, les transports longs et pénibles. Il vaut mieux effectuer le traitement dans des conditions moins parfaites que d'imposer un long voyage.

Le suffoqué qui halète et étouffe doit être traité par l'air enrichi d'oxygène (60 p. 100) pendant le transport. Il n'est pas justiciable de la respiration artificielle.

En cas de syncope respiratoire ou de coma par toxiques généraux (CO), associer la respiration artificielle et l'inhalation d'oxygène additionné de CO_2, à 7 p. 100 (carbogène).

En cas de souillure par liquide suspect :

— retirer les vêtements souillés. Ne pas laisser ces vêtements dans une pièce, une voiture. Les laisser en plein air.

Si des traces de liquides ont été projetées sur la peau, *se rappeler qu'on doit agir avant dix minutes :*

— étancher le liquide avec du papier buvard, du coton, sans frotter, sans étendre la tache. Brûler dès que possible le buvard, coton hydrophile, etc.

Frictionner l'emplacement souillé avec :

— des onguents spéciaux du Service de Santé de l'armée ;

A défaut :

— du chlorure de chaux ;

— ou bien lotionner avec un tampon de coton imprégné d'une solution de permanganate de potasse à 5 p. 1.000;

— ou avec de l'eau oxygénée (changer le coton à plusieurs reprises).

On peut utiliser également :

— du pétrole, de l'essence d'automobile, de l'alcool, du benzène, du tétrachlorure de carbone. Ne pas oublier que ces derniers produits *extraient* le toxique, mais ne le *neutralisent pas*.

Après ces derniers soins, donner, dès que possible, une douche savonneuse chaude.

Laver les yeux abondamment avec un flacon-pissette contenant une solution tiède de permanganate de potasse à 0,5 p. 1.000, de bicarbonate de soude à 22,5 p. 1.000 ou à défaut, d'eau salée à 14 gr. p. 1.000.

Ne jamais introduire dans les yeux les désinfectants pour la peau.

Ne jamais toucher un endroit suspect avec la main nue. Utiliser des pinces pour manier le coton. Se désinfecter soigneusement les mains après toute opération.

(Eviter de toucher une partie de peau saine avec les doigts avant cette désinfection.)

II. — Technique de l'auto-protection

Ne jamais oublier qu'un masque agréé, appliqué correctement, protège efficacement les voies respiratoires.

La peau ne peut être protégée efficacement contre les substances vésicantes que par des vêtements spéciaux.

Lorsqu'on est surpris sans masque par un nuage toxique, il faut :

1° Eviter toute panique, toute agitation inutile, qui augmentent l'absorption du poison.

2° Retenir sa respiration.

3° Chercher à sortir rapidement du nuage sans courir. Ne pas marcher dans le même sens que lui, se diriger *contre le vent*.

4° Si l'on doit traverser une zone suspecte, tenir un linge humide devant la bouche et le nez (au besoin l'humecter d'urine). Des tissus de laine *épais*, appliqués sous plusieurs épaisseurs, peuvent jouer le même rôle.

Lorsqu'on est sorti de la zone infectée :

a) Si l'on a respiré du toxique :

— se rappeler que tout mouvement peut aggraver le danger, ne pas courir, ne pas monter d'escalier ;

— *s'allonger*, de préférence à l'abri, en attendant les équipes de secours. Ensuite se laisser transporter dans le calme.

b) Si l'on a reçu des projections de liquide suspect :

— *se rappeler que le traitement prophylactique doit être effectué dans les dix minutes qui suivent la souillure ;*

— étancher les taches *sans frotter* avec du papier buvard, du coton, etc. ;

— frictionner ensuite doucement la partie souillée, soit avec un des onguents utilisés par les Services sanitaires de l'armée, soit avec du chlorure de chaux (ou hypochlorite de calcium à haut titre) ;

— dès que possible, se doucher et se savonner.

Il ne faut pas laisser pénétrer de chlorure de chaux ou d'onguent dans les yeux.

A défaut d'onguent ou de chlorure de chaux, lotionner abondamment l'emplacement taché avec du pétrole, de l'alcool, de l'eau oxygénée ou de l'essence d'automobile.

Les yeux seront désinfectés, de préférence, au poste de lavage voisin. En cas d'impossibilité, les laver abondamment avec une solution de bicarbonate de soude à 22,5 p. 1.000 ou de sel de cuisine à 14 p. 1.000.

Les vêtements de dessus peuvent être traversés en quelques minutes. S'ils sont souillés de liquide suspect, les retirer aussitôt et les laisser *en plein air*. Si les chaussures sont souillées, on les retirera également.

Ces vêtements et ces chaussures ne seront remis qu'après avoir été soumis à la désinfection par les services spéciaux. A défaut, l'ébullition pendant une heure pour entraîner le toxique des vêtements (les vapeurs qui se dégagent sont dangereuses). Les chaussures seront désinfectées par friction au chlorure de chaux, puis par lavage

Les effets suspects ne seront jamais manipulés à main nue (utiliser des pincettes, etc.).

Il est préférable de ne plus porter les vêtements ou les chaussures qui ont été *fortement* souillés.

Les aliments et l'eau suspects de souillure ne seront consommés qu'après avis formel des services compétents. A défaut, ils seront *détruits*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1939

Election du bureau. — M. le Professeur Hyacinte Vincent est élu vice-président pour l'année 1940.

L'action hyperglycémiante des venins de serpents. — MM. Gabriel Bertrand et Radu Vladesco.

Les facteurs rétiniens de l'acuité visuelle des vertébrés. — Mlle M.-L. Verrier.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE ANNUELLE DU 12 DÉCEMBRE 1939 (*fin*) (1)

PRIX DÉCERNÉS (*suite*)

Prix Oulmont. — Les arrérages de cette fondation sont décernés à M. André Grossiord, de Paris, qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie).

Prix Pannetier. — MM. les Drs Balgairies et Christiaens, de Lille. Mentions honorables : 1° M. le Dr Boulogne, de Saint-Servan-sur-Mer ; 2° MM. les Drs Degrais et Bellot, de Paris ; 3° M. le Dr Van de Maele, de Bruxelles.

Prix Berthe Péan. — M. le Dr Noël Rist, de Versailles.

Prix Portal. — M. le Dr Raoul-Michel May, de Paris.

Prix Potain. — MM. Cottenot, Max Lévy et Chérigié, de Paris.

Prix Pourat. — M. le Dr Giroud, de Paris.

Prix Reynal. — L'Académie décerne le prix à la Fédération française de l'enseignement ménager, Mme Moll-Weiss, présidente.

Prix Ricaud (*diabète*). — Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Jude Turiaf, de Paris ; 2° M. le Dr Roger Lesobre, de Paris.

Prix Ricaux (*tuberculose*). — M. Pierre-Bourgeois et Mme Bocquet-Jesensky, de Paris.

Prix Ricord. — M. le Dr Gilbert Doukan, de Paris.

Prix Robin. — M. le Dr Jean Wibrotte, de Néris-les-Bains.

Prix Roussilhe. — M. le Dr Bory, de Paris.

Prix Marc-Sée. — M. le Dr Jean Grynfeltt, de Montpellier.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 101-102, 1939.

Prix Vernois. — Le prix est partagé entre : 1° MM. les Drs Vogel et Le Rouzic, de Paris ; 2° M. le Dr Damien-Laurent, de Marly-le-Roi ; 3° MM. les Drs Lassablière et Uzan, de Paris.

Service de l'hygiène et des maladies contagieuses

1° *Médailles d'or* : MM. Mans, Savornin, Mmes Both, Lafon, Mlle Vidaline.

2° *Médailles de vermeil* : MM. Grenoilleau, Mounié, Poncet, Triollet, Mmes Benard, Hauffmann, Manescau, Pinon, Spas, Mlles Bien, à Hanoï ; Braine, à Hanoï ; Matende, à Hanoï.

3° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Goeau-Brissonière, Meunier, Mirante, Parrot, Pernin, Rossano, Théolier, Albertin, Bezançon, Blanchard, Joyeux, Lassus, Rouyer, Vielledent, Mme Lagache.

4° *Médailles de bronze* : MM. Courrieux, Croize, Kadri Said, Laurent, Leroy, Moreau, Sadaoui Hachemi, Vien, Mmes Jouart, Houvière, Mlles Gerbereux, Pertat.

Service des eaux minérales

1° *Médailles d'or* : MM. les Drs Baraduc, de Châtel-Guyon; Mauban, de Vichy ; Macé de Lépinay, de Néris-les-Bains ; Duhot, de la Faculté de Médecine de Lille.

2° *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Blanc (Louis), d'Aix-les-Bains ; Garban, de Vichy ; Du Pasquier, de Saint-Honoré-les-Bains ; Pierret (Robert), de La Bourboule. M. le professeur Merklen, de Nancy ; MM. les Drs Milhaud, de Lyon; Lescœur, de Vichy.

3° *Médailles d'argent* : MM. les Drs Bricout, de Contrexéville ; Ségard, de Saint-Honoré-les-Bains ; Aire, de Châtel-Guyon ; Dubois (Robert), de Saujon, Forestier (Jacques), d'Aix-les-Bains ; Deschamps (Pierre-Noël), de Royat ; Porcheron, de Marseille ; Mme le Dr Blanquet, de Clermont-Ferrand.

4° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Stieffel (Roger), de Plombières-les-Bains ; Boucomont (Roger), de Royat ; Aimard, de Vichy ; Douady, du sanatorium des étudiants, à Saint-Hilaire-du-Touvet.

5° *Rappel de médaille de bronze* : M. le Dr Boudry, de La Bourboule.

Service de l'hygiène de l'enfance

1° *Médailles d'or* : M. le Dr Felhoen, MM. Barbary, Le Boulanger, Mme Balsan.

2° *Rappel de médailles de vermeil* : MM. les Drs Paucot, professeur à la Faculté de Médecine, Lille ; Roueche, M. Frandon, Mmes Lorthiois (Jules), Sussmann, Mlle Raoul.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Babonneix, médecin des hôpitaux, Paris ; Baize, assistant-adjoint à l'hôpital des Enfants-Assistés, Paris ; Balard, de Bordeaux ; Bertove (Paul), de Lyon; Cathala, médecin des hôpitaux, Paris; Clément (Robert), médecin des hôpitaux, Paris ; Deschatre, ancien directeur des Enfants-Assistés, Paris ; Grenaud, de Vichy ; Laffont, professeur d'obstétrique à la Faculté de Médecine d'Alger; Marquezy, médecin des hôpitaux, Paris; Michailesco, directeur de l'Académie royale d'Education physique de Bucarest; Petit, inspecteur départemental d'Hygiène de l'Ardèche; Scherb, directeur des Services d'Hygiène de l'Hérault, à Montpellier; Vignes, accoucheur des hôpitaux, Paris ; Violette, inspecteur départemental d'Hygiène des Côtes-du-Nord ; MM. Franceschini, directeur à la Préfecture de la Seine; Jaillot, inspecteur honoraire de l'Assistance publique ; Lavarenne, professeur agrégé, Clermont-Ferrand; Moine, statisticien du Comité national de l'Enfance, Paris ; baronne Mallet (Jacques), Mme Enos.

4° *Rappel de médaille d'argent* : M. J. Eynard.

5° *Médaille d'argent* : MM. les Drs Cayla (A.), Delbecque, Florand (J.), Giraud, à Colle (Algérie); Gotcou (Paul), Launay (Clément), Lefebvre (Gérard), Margain, Merle, Montero, Nicolai, Olivier, Peduran, Rubesco, Surin Wertheimer. MM. Bravet, Davoust, Dupraz, Collardeau, Fontaine, Garnier (Marcel), Joyeux, Lestapis (S.), Ouvrier, Perrier, Colonel Satger, Serre, Mmes Branca, Curotot, Dufour, Edel (H.), Lyon ; Frisson, Lagache, Leenhardt, Lévy (Albert), Moriamez, Moulonguet, Nicot, Pouzin-Malègue, Renou, Robbe, Schelcher, Mlles les Drs Abricossof, Serin, Le Camus, Cassas, Fritsch, Jamenot, Jouet-Pastré, Lavocat, Malaise, Manière, Moreau, Moulon.

6° *Rappels de médailles de bronze* : MM. les Drs Basse, Christiani, Labriet, Poli, M. Gintrat, Mme Favier.

7° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Dufour, Lortholary, Moussinnet, Poty, Mmes Albertini, Allain, Arnaudtizon, Bergeron, Bonnard, Caussonel Clément, Couteau, Gabin, Haza, Joubert, Lamart, Leduc, Lenoille, Nourisse, Olivier, Panou, Quelet, Rapp, Richard, Trommenschlager, Vallot, Vayssie, Vieilledent, Vignoux, Vinay, Mlles Balthazar, Fournier, Gerbereux, Jay, Kirsch, Pertat, Souillard.

Service de la vaccine

Vaccination antivariolique. — L'Académie accorde pour le Service de la Vaccination antivariolique en 1938 :

1° *Médaille d'honneur* : M. Aubert, à Paris.

2° *Rappel de médaille de vermeil* : M. Thurey (Auguste), à Paris.

3° *Médailles de vermeil* : M. le Dr Balozet (Lucien), à Tunis ; M. Lanoye (Marcel), à Paris.

4° *Rappel de médaille d'argent* : M. le Dr Depierris, à Bordeaux.

5° *Médaille d'argent* : MM. les Drs Boeldieu (Gaston), à Drancy (Seine) ; Ebert (Henri), à Ténès (Algérie) ; Fenard (Henri-Victor), à Paris; Montus (Gérard), à Marseille, Moreau (André), au Perreux (Seine), Morellet (Alphonse-Marcel), à Paris ; Peduran, à Souma (Algérie) ; Scherb (Raymond), à Montpellier ; Voisin (Paul), à Fedj M'zala (Algérie) ; Mlle le Dr Dispagne (Marcelle), à Nédroma (Algérie) ; MM. Langlois du Vivray, à Nice (Alpes-Maritimes); Moulin (Jean), à Tunis; Mmes Bénard, à Hanoï (Tonkin) ; Bothe, à Hanoï (Tonkin) ; Mlle Boiteux (Hélène), à Clichy (Seine) ; Matheudi, à Hanoï (Tonkin ; Vidalenc, à Hanoï (Tonkin).

6° *Médailles de bronze* : MM. les Drs Baldy (Robert-Jean-Maxime), à Paris ; Bassin (Pierre-Louis), à Ennezat (Puy-de-Dôme) ; Belfort, à Tunis ; Besserve (Pierre), à Pont-du-Château (Puy-de-Dôme) ; Bretonville (Léon), à Vincennes (Seine) ; Calmels (Etienne-Mary), à Marsac-en-Livradois (Puy-de-Dôme) ; Bretonville (Léon), à Vincennes (Seine) ; Calmels (Etienne-Mary), à Marsac-en-Livradois (Puy-de-Dôme) ; Calonne (Pierre), à Pavillons-sous-Bois (Seine) ; Chataing (Hippolyte-Louis), à Viverols (Puy-de-Dôme) ; Dignat, à Tunis ; Dornier (Etienne), à Marnia (Algérie) ; Drudin (Robert-Jean), à Paris ; Dupoux (Robert), à Tunis ; El Kamal (M.), à Tablat (Algérie) ; Garrez (Pierre), à La Fayette (Algérie); Ginestous (Etienne), à Bordeaux ; Godonnèche (Henri), à Latour-d'Auvergne (Puy-de-Dôme) ; Guenoun (Georges), à Zemmora (Algérie) ; Houlnick (Armand), à Paris ; Lambert (Maurice-Joseph-Edouard), à Paris ; Le Faucheur, à Tunis ; Renty (Pierre), à Bondy (Seine) ; Riche (Armand-André), à Lung-Brabang (Laos) ; Roumaingas (Jean), à Kerrata (Algérie) ; Rousseau (Jean-Eugène-Martial), à Paris ; Vallée (Emmanuel-Eugène), à Paris ; Mlle le Dr Pechenard (Marguerite-Clara), à Paris ; MM. Biné (Roger), à Pavillons-sous-Bois (Seine) ; Chabanier (Gaston), à Ivry-sur-Seine (Seine); Daversin (Léon), à Drancy (Seine); Kurtz (Charles), à Champigny-sur-Marne (Seine); Le Quang Xuan à Quang Ngaï (Annam) ; Nguyen Huu Gioi, à Donghoi (Annam) ; Ngyen Plan, à Ba-Don (Annam) ; Pham Van Hoang, à Quang Ngaï (Annam) ; Phan, à Luang-Prabant (Laos) ; Rahi (Mohamed), à Aïn Témouchent (Algérie) ; Sauque (Georges-Louis), à Paris ; Tabernat (Georges), à Clamart (Seine) ; Tiao Singkeo, à Luang-Prabang (Laos) ; Tran Thanh Tao, à Quang Ngaï (Annam) ; Tyrode (Albert), à Romainville (Seine) ; Zioui (Smaïl), à El Kantara (Algérie);

Mmes Blanquet (Léontine-Constance), à Saint-Denis (Seine); Cardot (Angèle-Clara-Albertine), à Ivry (Seine) ; Charpentier (Marie-Yvonne), à Romainville (Seine) ; Daversin (Charlotte-Georgette), à Pantin (Seine) ; Girard (Eugénie-Aimée-Joséphine), à Paris ; Manescau, à Hanoï (Tonkin) ; Pauline, à Paris ; Spas, à Hanoï (Tonkin) ; Mlles Bien, à Hanoï (Tonkin) ; Braive, à Hanoï (Tonkin) ; Renalier (Jeanne), à Toulouse (Haute-Garonne).

Vaccination antidiphtérique. — L'Académie accorde pour le Service de la Vaccination antidiphtérique en 1938 :

1° *Médailles de vermeil :* MM. les Drs Cléret (Henri), à Montluçon (Allier) ; Heisch (Jean), à Bouligny (Meuse) ; Leclainche (X.), à Paris.

2° *Rappels de médailles d'argent :* MM. les Drs Lamy (M.-J.), à Melun (Seine-et-Marne) ; Mans (A.), à Amiens (Somme).

3° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Andarelli, à Gouraya (Algérie) ; Besson (Albert), à Paris ; Bompart (J.-E.), à Port-Gueydon (Algérie) ; Briault (F.-J.), à Cherchel (Algérie) ; Cambassédès, à Paris ; Dusan (Jean), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Gurcel (Louis), à Nice (Alpes-Maritimes) ; Joltrain, à Paris ; Laurens (Léon), à Aïn-Bessem (Algérie) ; Megnin (Julien), à Sidi-Aïssa (Algérie) ; Melnotte, à Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Petit (F.), à Privas (Ardèche) ; Rodon (Raymond), à Ouzouers-sur-Trézée (Loiret) ; Rouyer (R.), à eauvais (Oise) ; Sohier, à Paris ; Soulatrol (Georges), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Vendeuvre (M.-A.), à Zuydcoote (Nord), Mme le Dr Wertheimer, à Paris ; M. Moine (M.), à Paris ; Mmes de la Bourdonnaye (A.), à Garches (Seine-et-Oise) ; Lorthiois (J.), à Paris ; Sussmann (L.), à Paris.

4° *Médailles de bronze :* MM. les Drs Berger (Marcel), au Mans (Sarthe) ; Foulquier (Ch.), à Nîmes (Gard) ; Mlles les Drs Dudevant, à Nantes (Loire-Inférieure) ; Nigoul (J.), à Zuydcoote (Nord) ; M. Allais (Emile), à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Mlle Testud (Madeleine), à Privas (Ardèche).

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1939

Notice. — M. Guillain lit une notice nécrologique sur Harvey Cushing (de New-York), récemment décédé.

Election du bureau. — M. Pierre Duval est élu vice-président pour 1940.

Le bureau sera donc composé de M. Louis Martin, qui succédera à M. Sieur, à la présidence ; de M. Pierre Duval, vice-président ; de M. Achard, secrétaire général ; de M. Jules Renault, trésorier, et de M. Georges Brouardel, secrétaire annuel.

M. Pierre Duval adresse des remerciements émus à ses collègues.

On procède ensuite à l'élection de deux membres du Conseil d'administration. MM. Nobécourt et Lapicque sont élus.

Enfin, on procède au renouvellement des Commissions permanentes.

Sur le principe et les applications du sérum antigangréneux multivalent, antimicrobien et antitoxique, dans le traitement de la gangrène gazeuse. — M. H. Vincent. — « Je me suis préoccupé, pendant la guerre de 1914-1918, ainsi que plus récemment, de rechercher un *vaccin* polyvalent capable d'immuniser l'homme contre la gangrène gazeuse. Mais, malgré des expériences variées et nombreuses, je n'ai pu y réussir, car tous les vaccins, en dépit des modes très variés de culture et de stérilisation compatibles avec leur pouvoir immunigène, renfermaient des spores vivantes.

« En conséquence, j'ai été conduit, à cette même époque, à préparer un *sérum* préventif et curatif contre la gangrène gazeuse.

« La fréquence de cette complication des blessures est grande. Sa gravité ne l'est pas moins. Sur 566 observations de blessés rapatriés du front que j'ai consultées, 105 signalaient la forme circonscrite (abcès ou phlegmon gazeux) ; les autres appartenaient à la forme diffuse, la plus sévère. Or, j'ai relevé, pour les deux groupes, 246 morts, soit 43,46 décès pour 100.

« D'après A. et J. Chalier, la mortalité a été, sur le front, de 67,50 décès pour 100 cas de la seule forme diffuse de gangrène gazeuse.

« Le sérum antigangréneux *polyvalent* préparé, depuis lors, à mon laboratoire, est actif à la fois contre tous les bacilles de la gangrène gazeuse et, en même temps, contre leurs toxines. Des expériences anciennes, notamment sur l'infection streptotyphoïdique, et d'autres, en particulier celles qui m'avaient conduit à la vaccination triple antitypho-paratyphique (1909), m'avaient démontré *que l'injection combinée de plusieurs virus différents non seulement confère l'immunité contre chacun d'eux, mais encore renforce à leur égard la production des anticorps et des antitoxines spécifiques, donc l'activité thérapeutique et protectrice du sérum.*

« *C'était là une méthode entièrement nouvelle* qui a trouvé, depuis lors, de nombreuses applications. Le principe des sérums antigangréneux monovalents, proposé par Weinberg et appliqué depuis lors, ne tient sans doute pas compte, dans la pratique, du caractère très spécial de la gangrène gazeuse, syndrome actionné par cinq, six ou sept anaérobies différents et différemment associés. En présence d'un blessé infecté, le chirurgien ignore la nature du ou des microbes infectants et ne peut attendre de résultat de l'examen du laboratoire. Il ignore aussi lequel d'entre eux est ou deviendra prédominant, etc. L'injection d'un ou de plusieurs sérums mélangés est donc faite sans directives et sans bases d'appréciation. Elle expose aux erreurs et aux échecs.

« Au contraire, le sérum antigangréneux polyvalent s'adresse indistinctement à tous les bacilles qui conditionnent la gangrène gazeuse.

« C'est donc là une question d'ordre essentiellement pratique. Il en est de même du contrôle des sérums antigangréneux par le seul titrage de leur pouvoir antitoxique qui a été proposé à la *Société des Nations*. Ce contrôle ne tient pas compte de leur pouvoir antimicrobien ou antiinfectieux qui est autant, sinon plus, important.

« Weinberg vient d'adopter la méthode de la sérothérapie polyvalente, antimicrobienne et antitoxique, de la gangrène gazeuse qui existe et est appliquée depuis plus de vingt ans avec succès. Je regrette qu'il s'en soit déclaré l'auteur et qu'il ait commis précédemment le même errement à propos de la sérothérapie anticolibacillaire.

« Le sérum antigangréneux polyvalent est très actif comme moyen préventif, à la dose de 20 cm^3 à 30 cm^3. Comme moyen de traitement, il a donné, à la dose de 60 cm^3 injectés de préférence dans la veine, des résultats remarquables et des guérisons inespérées dans les cas extrêmement graves ou même à forme foudroyante (Jalaguier, Lejars, Desmarets, Duguet, Laurence et Guinoiseau, Mac Culloch, etc., etc.). Outre l'amélioration rapide de l'état général, on constate la régression de la crépitation gangréneuse déjà, parfois, trois heures après la première injection de sérum.

« Un grand nombre de blessés ont guéri, bien que l'infiltration gazeuse eût gagné les parois de l'abdomen, du dos ou du thorax.

« La sérothérapie polyvalente a, d'autre part, permis de conserver leur membre à de nombreux blessés voués à l'amputation.

« Les blessés suturés trop précocement et atteints plus tard de gangrène gazeuse, ont été guéris sans désunion de

leur plaie, à la suite d'injection de dose faible de sérum (Foisy).

« Défalcation faite des morts par tétanos ou par septicémie streptococcique, le sérum polyvalent a déterminé, pendant la précédente guerre, une proportion de 89,66 guérisons pour 100 blessés graves ou très graves. Il importe de tenir compte des septicémies et des complications infectieuses diverses qui s'ajoutent souvent à la gangrène gazeuse proprement dite, et qui peuvent, à elles seules, entraîner la mort ».

Oxygénothérapie mobile. — Le médecin général Maisonnet et le professeur Léon Binet montrent qu'il y a lieu de réaliser, en matière d'oxygénothérapie, des formations mobiles, capables de se déplacer rapidement, et d'apporter, avec un personnel soigneusement instruit, une provision d'oxygène et une série de dispositifs appropriés.

Cette idée directrice a conduit à la mise au point de camions à oxygène, équipés avec la collaboration et grâce à la générosité de Mme Henry de Jouvenel, veuve de l'ambassadeur.

Dans ces voitures ont pris place, à côté d'une grosse réserve d'oxygène, des masques à inhalation, des manodistributeurs, des canalisations semi-fixes et des indicateurs de courant.

Ils sont destinés au traitement des sujets qui étouffent, quelle que soit la nature de la dyspnée.

CENSURE

Vacances du jour de l'an. — Les séances du 26 décembre et du 2 janvier n'auront pas lieu.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1939

Chirurgie de la rate. — MM. Meyer-May et Ton That Tung. — M. Funck Brentano, rapporteur. — Sur une statistique global, qui comporte 48 observations de toutes natures, les auteurs relèvent 20 morts et 28 guérisons. Parmi les décès, dans certains cas, deux mécanismes curieux semblent avoir provoqué la mort. Quatre fois, le malade est mort dans l'hyperthermie, ayant présenté des hématémèses, tableau qui traduisait une thrombose porte. Quatre fois, le malade est mort brusquement, pendant l'intervention ou peu après comme par un phénomène réflexe. M. Funck Brentano compare cette statistique à celle d'autres auteurs, en particulier à la très belle statistique de M. Grégoire. Il conseille surtout dans les splénectomies à froid de bien préparer le malade pour éviter les complications mortelles.

Anoxhémie et oxygénothérapie. — M. Binet, à l'occasion de la remise à l'Académie d'un ouvrage récent de lui et de ses collaborateurs, rappelle l'importance de ces questions de la polyglobulie qui suit la diminution de l'oxygène respiré, de l'action dépressive de la morphine et de la scopolamine, et inverse de l'éphédrine qui peut aller jusqu'à tripler la résistance à l'anoxie des animaux d'expérience.

M. Cunéo recommande le nouveau dispositif d'attache de masque présenté à la dernière séance par M. Nicolaï.

Narcoses intraveineuses au narconumal. — M. Mayer (de Bruxelles), qui a employé, puis abandonné le somnifère à cause de l'agitation post-anesthésique, s'est servi depuis des années avec satisfaction de l'évipan sodique intraveineux. Le narconumal, récemment employé, semble avoir encore plus d'avantages, du fait de la marge plus grande entre la zone utile et la zone dangereuse, de la plus rapide élimination, du calme qui suit le réveil. Cette anesthésie est avant tout une anesthésie de base, suffisante dans certains cas. Il faut souvent la compléter par inhalation d'un peu de protoxyde. L'auteur est ennemi des injections continues de doses trop importantes ; il faut injecter lentement, avec des temps précis, des doses modérées. Ainsi employée, cette anesthésie est parfaite pour les interventions sus-ombilicales, chaque fois que l'anesthésie locale ne suffit pas. Pour les membres inférieurs et la partie basse de l'abdomen, l'auteur utilise volontiers la rachianesthésie.

M. Fredet rappelle ses premiers travaux sur les anesthésies par voie veineuse et confirme les conclusions de M. Mayer sur les avantages du narconumal.

M. Kuss rappelle pour la rejeter l'anesthésie par l'alcool intraveineux.

M. Mayer souligne l'intérêt de cette anesthésie pour les gazés et quand on ne dispose pas d'aides pour l'anesthésie.

M. Lambret prend part à la discussion.

Sur une vascularite subaiguë de la paroi thoracique. — M. Mondor rapporte 4 observations identiques d'une affection non décrite caractérisée par une induration linéaire en crayon verticale, sous-mammaire, sous-cutanée, avec une modification minime de la peau, qui descend vers l'abdomen plus ou moins loin. Cette induration succède semble-t-il à un traumatisme guérit par résolution en six semaines. Seul, Moskowitz (de New-York) semble avoir décrit des cas analogues. Un examen histologique conclut à l'existence d'une lumière canaliculaire, s'agit-il d'une phlébite, d'une lymphangite ou d'une affection d'une persistance embryonnaire du canal lacté ?

MM. Chevrier, Robineau, Capette ont vu récemment des cas identiques.

M. Mocquot demande à M. Mondor, qui répond par la négative, si cette affection ressemble par son aspect à certaines lymphangites tronculaires froides du membre supérieur.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 11 décembre. — Jury : MM. Baudouin, Chiray, Ecalle, Ameline. — M. Révérand. Contribution à l'étude des algies au début de la lèpre. — M. Auvert. Prophylaxie de la maladie post-opératoire dans la sténose du pylore de l'adulte.

Mardi 12 décembre. — Jury : MM. Tanon, Jeannin, Laignel-Lavastine, Velter. — M. Bourgeois. Contribution au diagnostic des torsions de trompe. — M. Benoit. Etude

sur la cysticercose humaine. — M. Barré. Contribution à l'étude de la maladie gélatineuse du péritoine. — M. Roy. Vie, destin, mariage et mort des monstres doubles. — M. Birnbaum. Contribution à l'étude de la position D.-D. (Devraigne-Descamps) dans certains accouchements dystociques. — M. Nicolas. Nosologie de la mélancolie légitime. Essai sur la méthode psychopathologique. — M. Léonard. De la sensation du relief chez les borgnes. — M. Ressnick. Essai critique des tests biologiques de la grossesse depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. — M. Tonfesco. Sur les applications chimiques des phénomènes entoptiques. — M. Kola. Lésions chorio-rétiniennes indirectes par blessure de guerre. — M. Nenault. Contribution à l'étude des tumeurs malignes de la rétine « rétinoblastomes ». — M. Orliac. Contribution à l'étude des infections oculaires et périoculaires par les dérivés sulfamidés.

Mercredi 13 décembre. — Jury : MM. Gosset, Lemierre, Mondor, Lévy-Solal. — M. Ulliac. Contribution à l'étude des fractures du squelette auriculaire par choc traumatique, — M. Penquer. Contribution à l'étude de l'évipan sodique en anesthésie générale. — M. Keisor. Sur un nouveau cas de fièvre boutonneuse méditerranéenne observé à Paris. — M. Denis. A propos d'un cas de pseudo-tuberculose humaine. — M. Pellet. Aperçu sur le traitement par le curettage de la métrite hyperplasique. — M. Worm. Remarques sur deux cas de septicémie hémolysante à perfringens après avortement.

Jeudi 14 décembre. — 1° Jury : MM. Cunéo, Gougerot, Chevassu, Gastinel. — M. Debenedetti. Considérations sur la rœntgenthérapie des furoncles et des panaris. — M. Denvil. A propos de quelques nouveaux cas de malformations hépato-biliaires en pathologie infantile. — M. Montaubin. A propos d'un cas de vaccine généralisée. — M. Chevillotte. Contribution à l'étude du traitement M. Chavarot. Contribution au traitement des psoriasis.

2° Jury : MM. Nobécourt, Binet, Laubry, Huguenin. — des épistanis rebelles des grandes filles hémogéniques. — Mlle Pauliac. Les dérivés sulfamidés et le traitement des méningites cérébro-spinales à méningocoques. — M. du Plessis de Grénédan. Une épidémie de variole à Saint-Brieuc (1938-1939). — M. Duband. Contribution à l'étude des formes pseudo-chirurgicales du saturnisme d'origine hydrique. — M. Daniélou. Du rhume banal à l'influenza épidémique. — M. Martin. Conception de l'unicité de l'angor pectoris.

Lundi 18 décembre. — Jury : MM. Chiray, Mathieu, Troisier, Ameline. — M. Gibert. Contribution à l'étude des images calculeuses de la région sous-hépatique. — M. Joly. Traitement des cavernes du lobe inférieur. — M. Gautier. Rechutes tardives de tuberculoses cavitaires unilatérales apparemment guéries par thoracoplastie.

Mardi 19 décembre. — Jury : MM. Cunéo, Laignel-Lavastine, Mocquot, Laubry. — M. Hugues. La rachianesthésie. — M. Léonard. De la sensation du relief chez les borgnes. — M. Croll. Réflexions à la suite d'une lecture des écrits d'Hippocrate, de Paracelse et de Crollius. — M. Weiss. Prévention de la mort subite par embolie pulmonaire post-opératoire. — M. Preton. Contribution à l'étude de la broncho-alvéolite spumeuse grippale chez le nourrisson.

Mercredi 20 décembre. — 1° Jury : MM. Gosset, Mondor, Aubertin, Le Lorier,. — M. Grémont. A propos de deux cas de grossesse tubaire non rompue et tordue. — Mlle Arvy. Contribution à l'étude de la macropolyadénopathie tuberculeuse pseudo-lymphadénomateuse ou lymphome tuberculeux.

2° Jury : MM. Couvelaire, Loeper, Lemierre, Moreau. — M. Flores. A propos des indications de l'ovariotomie au cours de la gestation. — M. Bridant. Les troubles cardio-vasculaires dans les états thyroïdiens. — M. Pinot. Le vertige. Traitement chirurgical. Section du nerf auditif.

Jeudi 21 décembre. — Jury : MM. Tiffeneau, Guillain, Lereboullet, Tanon. — M. Lefranc. Le traitement iodo-thérapeutique des maladies rhumatismales et cardio-vasculaires par les dérivés iodo-salicylés et iodo-phénolés de l'hexaméthylène tétramine. — M. Renault. Contribution à l'étude du traitement mixte de l'urétrite gonococcique aiguë chez l'homme. — M. Legrand. Intérêt clinique et épidémiologique de la cutiréaction tuberculinique. — M. Orliac. A propos de quelques cas de Dengue observés sur les théâtres d'opérations extérieures.

Mercredi 3 janvier. — 1° Jury : MM. Gosset, Debré, Mondor, E. Bénard. — M. Brille. Les sténoses hypertrophiques du pylore chez l'adulte. — M. Bedu. Contribution à l'étude des commotions labyrinthiques par éclatement de projectiles. — M, Valat. Cinématisation, digitalisation, phalangisation des moignons d'amputation. — M. Carpier. Contribution à l'étude clinique de quelques formes localisées anormales de l'acrodynie infantile. — M. Wetterwald. Contribution à l'étude des épithéliomas des cicatrices cutanées. — M. Dumas. Du traitement moderne des méningites aiguës. — Sulfamidothérapie.

2° Jury : MM. Rouvière, Grégoire, Lévy-Solal, Chiray. — M. Delestre. Les travaux anatomiques à travers les âges. — M. Trouvé. Contribution à l'étude de l'anesthésie en chirurgie de guerre. — Mme Marguliès. La flore vaginale normale. — M. Auvert. Prophylaxie de la maladie post-opératoire dans la sténose du pylore de l'adulte.

Jeudi 4 janvier. — 1° Jury : MM. Cunéo, Jeannin, Tanon, Gougerot. — M. Vautier. La translation de l'avant-pied dans les arthrodèses médio-tarsiennes pour pied creux. — M. Bessière. Contribution à l'application des irradiations infra-rouges et ultra-violettes en chirurgie opératoire. — M. Moskowicz. L'hormone ocytocique post-hypophysaire en obstétrique, — M. Razafindramasina. Problèmes prophylactiques médico-sociaux posés par la peste à Madagascar. — M. Mazillier. — Contribution à l'étude de l'hygiène des piscines. — M. Legal. A propos d'un cas de lichen scrofulosorum.

2° Jury : MM. Nobécourt, Binet, Laignel-Lavastine, Velter. — M. Viard. A propos de quelques cas de méningites puriformes aseptiques aiguës, bénignes, cryptogénétiques. — Mlle Roissard de Bellet. La santé de la jeunesse des villes. Rôle social du médecin. — M. Marcus. La femme du syphilitique. — M. Moure. Contribution à l'étude du diagnostic des calculs du canal cholédoque. — M. Galimard. Hippocrate et la tradition pythagoricienne. — M. Prestst. Un contempteur de l'opération césarienne, le Dr J.-F. Sacombe (1750-1822). — Etude historique. — M. Mallégol. Contribution à l'étude des méthodes chirurgicales dérivées de l'apicolyse extra-pleurale de Tuffier.

THESE VETERINAIRE

Mercredi 29 novembre. — Jury : MM. Lemierre, Verge, Panissset. — M. Brenot.

Jeudi 4 janvier. — Jury : MM. Tanon, Chelle, Hervieux. — M. Poujol. Recherches sur l'étiologie de l'intoxication par la colchique d'automne.

BIBLIOGRAPHIE

Memento de l'élève anesthésiste, à l'usage des infirmières et infirmiers militaires et civils, par M. Raoul Palmer, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef des travaux de gynécologie à la Faculté de Médecine. — Une brochure in-8° de 41 pages. Prix : 8 francs. Imprimerie Ch. Gyss, à Obernai (Bas-Rhin).

Voici un excellent ouvrage qui rendra les plus grands services à un moment où il faut former rapidement des anesthésistes. M. Palmer a résumé de la façon la plus

claire ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire. Son livre est très complet et tout à fait au courant de l'état actuel de nos connaissances. A lire et à conserver.

La 3e édition (25e mille du **Vade-Mecum Médico-Chirurgical** vient de paraître. Cet ouvrage comprend 12.000 mots ou expressions et termes français-anglais en usage dans les Services de Santé militaires français et britanniques, et utilisés par les docteurs et pharmaciens ; enfin, par tous ceux que leur profession met en rapport avec une clientèle étrangère.

Cet ouvrage examine toutes les spécialités et toutes les branches de la carrière médicale ; il contient des vocabulaires chirurgicaux, pharmaceutiques, etc., et des tables d'équivalence de poids, mesures, etc., le complètent.

C'est un ouvrage très utile pour le Corps médical.

CONGRÈS

Congrès neurologique international de Copenhague (1)

21-26 août 1939

(Suite)

Les maladies héréditaires du système nerveux éclairées par la génétique moderne. — M. F. Curtius (Berlin). — La question principale dans l'étude des maladies héréditaires du système nerveux, de la neurogénétique est de savoir dans quelle mesure peuvent s'appliquer à elles les lois de Mendel. L'expérience montre que la connaissance des règles élémentaires ne suffit pas pour créer les bases exactes d'une théorie de l'hérédo-dégénération. Cette méthode doit être améliorée par la méthode clinico- généalogique, et aussi par la génétique expérimentale.

L'auteur signale l'erreur qui voulait qu'un génotype déterminé ait sa réalisation dans le phénotype donné. La manifestation des gènes, et les corrélations entre les gènes et les phènes est tout entière à reprendre, ce que fait le rapporteur.

Il discute ensuite le rôle du milieu sur le développement des êtres vivants, et la transmission des caractères acquis, qui a été l'objet des controverses de Lamarck et de Darwin. Il pense à l'existence d'une atteinte du germe dans les maladies familiales.

La question des corrélations entre les géno et les phénotypes se pose ensuite, et il prend position contre l'opinion de Cuvier que « tout être organisé forme un ensemble unique et clos », qui est en contradiction évidente avec les lois de Mendel.

Morgan a dit que « l'unité caractérielle est une fiction ». Les caractères phénotypiques ne sont pas la manifestation d'un seul gène spécifique, mais la liaison corrélative de tout un complexe de gènes.

Ainsi s'expliquent l'association de surdimutité et de dégénérescence pigmentaire de la rétine, ou d'imbécillité.

Par la génétique des plantes, s'explique la maladie de Wilson, l'association de cirrhose hépatique et de dégénérescence des corps striés. Et c'est en neurologie que l'on doit en particulier rechercher la transmission mono-symptomatique.

L'étude des rapports entre les affections nerveuses, endocrines et osseuses, présente un intérêt particulier, et conduit à l'étude de « l'état dysraphique ».

Curtius étudie les rapports entre l'habitus sosmatique et les lésions nerveuses, entre lesquels il n'existe pas de rapport. Franceschetti pense qu'un certain nombre de lésions oculaires sont l'objet de transmissions très variables. Il en est de même pour les dystrophies musculaires, pour l'atrophie musculaire neurogène, pour la paralysie spinale spasmodique, pour l'idiotie amaurotique, pour l'atrophie optique de Leber, etc...

De l'exposé des faits, Curtius estime qu'un caractère aussi variable que la dominance ou la récessivité d'une paire de gènes ne doit pas être considéré comme une catégorie génétique inflexible, permettant une classification des maladies héréditaires du système nerveux.

Curtius, pour terminer, étudie la question de la polymérie et de la monomérie.

Par ses études génétiques, Curtius espère arriver à une conception étiologique, pathogénique, eugénique, et peut-être aussi thérapeutique, du domaine si important des maladies nerveuses.

Mollaret (Paris) exprime l'opinion, avec des arguments motivés, que les lois mendéliennes établies par l'étude de de la botanique ou des animaux inférieurs ne sauraient s'appliquer à la pathologie humaine infiniment plus complexe, et où d'autres facteurs multiples interviennent Le temps seul ne permet pas de constater la véracité ou non des lois de Mendel chez l'homme.

L'anatomie pathologique générale des maladies héréditaires du système nerveux. — M. Karl Schaffer (Budapest). — Existe-t-il une pathogénèse et une ontogénèse propre aux maladies hérédo-familiales du système nerveux, et possèdent-elles, du point de vue histo-pathologique, un cachet spécial. Les caractères particuliers que nous allons rencontrer relèvent de ce fait que les segments phylogénétiquement les plus jeunes sont les plus fragiles, que les lésions touchent exclusivement l'ectoderme, et laissent intact le mésoderme.

Sclérose familiale latérale de Strümpell. — Les lésions présentent une électivité neuro-cytogène qui se résume en trois points :

1° Electivité de système (voies pyramidales, cordons de Goll) ;

2° Electivité de centre segmentaire (cerveau terminal, moelle, signe de dysgenèse) ;

3° Electivité neuro-ectodermique. Le tissu mésodermique est entièrement intact.

Dans les scléroses latérales non familiales exogènes, spécifiques par exemple, les lésions ne présentent aucune électivité de système ou de centre, et le tissu mésodermique est largement intéressé.

Paralysie bulbaire de Duchenne. — Elle présente également :

1° Une électivité de système, les noyaux moteurs ponto-bulbaires ;

2° Une électivité segmentaire (rhombencéphale) ;

3° Une électivité de feuillet embryonnaire (les éléments neuronaux). Cette affection peut intéresser la moelle, et constitue alors la maladie de Charst.

Hérédo-ataxie cérébelleuse. — Elle se présente également comme :

1° Une maladie segmentaire (rhombencéphale) ;

2° Une maladie de système (cellules de Purkinge et racines mésocéphaliques) ;

3° Une maladie du feuillet embryonnaire (dégénérescence des éléments neuronaux).

Il faut signaler aussi :

1° L'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse ;

2° L'atrophie olivo-cérébelleuse ;

3° L'atrophie olivo-rubro-cérébelleuse.

Maladie de Pick. — Elle présente aussi :

1° Une électivité ectodermique ;

2° Une localisation sur le cerveau terminal ;

3° C'est une maladie élective aréale-tectonique limitée au territoire de l'écorce.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 91-92, 95-96, 99-100, 1939.

Schizophrénie. — C'est un processus endogène abiotrophique intéressant le néo-encéphale du cerveau avec intégrité du mésoderme.

Chorée de Huntington. — On retrouve la même triade :

1° Electivité de feuillet embryonnaire : maladie ectodermique avec intégrité du mésoderme ;

2° Electivité segmentaire : télencéphale ;

3° Electivité de système : petits éléments du striatum et écorce frontale et centrale.

Dans tous ces cas, il s'agit d'un processus neuro-cytogène avec intégrité du mésoderme. Il existe une maladie d'origine exogène, la poliomyélite antérieure aiguë, qui a un caractère neurocytotrope intéressant les cellules des cornes antérieures, mais le tissu mésodermique est également intéressé. Dans les maladies familiales, il s'agit d'atrophie primitive, de dysgenèse, d'abiotrophie. L'électivité du processus neuronal peut ne pas se borner à un seul système, mais à plusieurs systèmes. Elle peut même intéresser les centres nerveux autonomes. Quant aux lésions cellulaires elles-mêmes, elles présentent toutes le même caractère, il s'agit de lésions de l'hyaloplasme.

(*A suivre.*) Henri Schaeffer.

Association de la Presse Médicale française.

NOTES POUR L'INTERNAT

FRACTURES DU RACHIS CERVICAL (1)

(*Suite et fin*)

2° *Les fractures isolées de l'axis* sont peu fréquentes :

Fracture du col de l'odontoïde.

Fracture isolée de l'épineuse ou d'une lame.

En réalité, l'accident de beaucoup le plus intéressant est : *la luxation en avant de l'atlas associée à une fracture de l'odontoïde.*

L'atlas se déplace considérablement en avant, le ligament transverse résiste et vient fracturer, à sa base, l'odontoïde qui suit le déplacement en avant.

Ce déplacement concommittant de l'odontoïde explique que la luxation associée de l'atlas soit moins grave que la luxation simple; dans la luxation simple en effet, la moelle est brutalement comprimée entre l'odontoïde et l'arc postérieur de l'atlas, la compression est bien moindre quand l'odontoïde suit le déplacement en avant.

Clinique : Toutes ces variétés anatomo-pathologiques réalisent un tableau clinique commun.

En cas de grand déplacement, le diagnostic est fait dès la simple inspection de profil.

La tête est fléchie et projetée en avant par rapport à l'axe de la colonne cervicale sous-jacente.

Il est beaucoup plus rare que la tête soit en hyperextension, basculée en arrière.

Bien plus intéressantes sont les formes à *symptomatologie fruste.*

Le malade accuse une douleur vive dans la région de la nuque, entraînant une impotence fonctionnelle marquée, douleurs irradiant parfois dans le territoire du nerf d'Arnold, ou vers la racine des membres supérieurs.

L'interrogation recherche :

— Une syncope passagère au moment de l'accident de grande valeur diagnostic;

— De la disphagie.

Quoiqu'il en soit, le malade se présente avec une attitude guindée de torticolis, ne peut tourner ni redresser la tête.

La palpation montre :

— La profondeur anormale de la fossette de la nuque;

— Une douleur à la pression à ce niveau.

On termine en pratiquant très prudemment *un toucher pharyngien* qui met en évidence un hématome retro-pharyngien à travers lequel on perçoit parfois le relief dur de l'arc antérieur de l'atlas qu'il ne faut pas insister à rechercher. De toute façon, on termine par :

Un examen neurologique :

Dans certains cas, le malade présente une quadriplégie flasque avec troubles sphynctériens, troubles cardiaques et respiratoires, témoins de l'atteinte bulbaire, en réalité, nous avons vu que ces cas graves étaient moins fréquents que dans la luxation isolée de l'atlas, une réduction d'urgence a pu parfois les faire disparaître.

Bien plus souvent, les troubles nerveux sont frustes et fugaces :

— Parésie ± systématisée des membres;

— Névralgie du nerf d'Arnold;

— Troubles circulatoires de la face d'origine sympathique.

En réalité, *c'est la radiographie* qui permet un diagnostic précis :

— Cliché de face centré sur le cavum, le rayon normal passant par la racine du nez, il montre très nettement la fracture de l'odontoïde.

— Cliché de profil : mettant en évidence :

— La perte du parallélisme entre l'arc postérieur de l'atlas et l'axis;

— La bascule en avant de l'arc antérieur de l'atlas;

Déplacement souvent considérable, portant également sur l'odontoïte fracturée.

Evolution et pronostic :

Réserve faite des cas mortels d'emblée qui sont la minorité, étant donnée la largeur du canal médullaire à ce niveau, le plus souvent la réduction d'urgence sauve le pronostic vital.

L'immobilisation sera de durée plus ou moins longue, — ainsi que nous le verrons au traitement — le malade devra être comme précédemment surveillé pendant longtemps, afin de dépister tôt un déplacement secondaire, qui en l'absence de greffe risquerait de se compléter brusquement.

Traitement : C'est un traitement d'extrême urgence. Il faut insister tout d'abord sur la nécessité d'un transport prudent, le malade couché de tout son long sur une large planche, nombre d'aggravations sont dues en effet à un transport brutal.

Sitôt le malade en milieu chirurgical, prendre des clichés d'urgence avant la réduction.

On abandonne à l'heure actuelle de plus en plus la réduction par traction manuelle extemporanée au profit de *l'extension continue.*

Suspendre à chacun des membres inférieurs un poids de 2 à 3 kg., faire la contrextension en surélevant de 50 cm. la tête du lit, mettre une fronde ou un collier de Sayre.

Dans la fracture en flexion, placer sous les épaules un coussin et faire une extension oblique en arrière et en bas.

Dans la fracture en extension, surélever la tête sur un coussin pour que la traction agisse en haut et en avant.

La réduction s'obtient en un temps variant entre vingt minutes et plusieurs heures.

Dès que la réduction est obtenue, il faut vérifier par la radiographie et immobiliser en minerve plâtrée en fixant la tête en direction inverse du déplacement primitif; surveiller le malade appareillé par des clichés de profil tous les mois, pour voir s'il n'apparaît pas un déplacement secondaire; au bout d'un temps variant entre trois mois à un an, remplacer la minerve par un collier orthopédique pendant six mois.

On réserve la greffe osseuse aux cas avec déplacement secondaire, quant à la laminectomie, en cas de compression progressive, elle est encore discutée. E. Sayous.

---

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 99-100, 1939.

TABLE DES MATIÈRES

1939

A

Abcès centro-linguaux, 416. — cérébral, 284. — de la fosse iliaque droite, 118*, 834*, 866*. — du poumon, 345*, 377*, 422. — utérins d'origine puerpérale, 197*.
Académie de chirurgie. Prix décernés, 121. — reprise des travaux, 1226. — de médecine. Prix proposés, 29. — décernés, 1487. — Séance de rentrée, 1226.
Accidents du travail et hernies, 1173. — dans une cartoucherie, 1492.
Acétylcholine, 550, 695.
Acide ascorbique, 549. — mandélique, 793. — nicotinique, 1074, 1123.
Acidité gastrique à l'état pathologique, 557*.
Acrodynie, 243.
Actualités. Colibacillose urinaire et acide mandélique, 793. — Electroencéphalographie chez le sujet normal, 1120.
Adénite mésentérique aiguë, 1025.
Adénome prostatique, 462.
Adénopathie caséeuse médiastinale, 1073.
Adénosine, 206.
Adhérences. Prévention des — intraabdominales et postopératoires, 889*.
Adonis vernalis, 1030.
Adrénaline. Principes du traitement d'urgence à l'—, 1043.
Aérophagie, 850.
Alcoolisme, 612, 846. — par le vin, 921*.
Algies sympathiques et infiltrations novocaïniques, 98.
Alimentation. Congrès de l' —, 133, 148. — des enfants déficients, 601*.
Aliments. Action dynamique spécifique des —, 905*, 937*.
Allergies hémorragiques salivaires, 283.
Allergiques. Réactions — au vaccin cultural *in vitro*, 549.
Altitude, 681.
Amibiase intestinale, 1222*, 1257*, 1306*.
Amputations, 1438. — de Syme, 1319. — des membres à l'anesthésie locale, 1380. — inter-iléo-abdominale, 633.
Amputés. Algies des — et vitamines B, 1220.
Analgésie. Auto — au protoxyde d'azote, 910.
Analyses. Chirurgie, par M. E. A. Dariau, 1197. — Chirurgie orthopédique, par M. Marcel Lance, 1053. — Maladies des enfants, par L. Babonneix, 777.
Anastomose bilio-digestive, 114, 416, 633, 662, 911.
Anatoxine diphtérique en médecine infantile, 1390*. — tétanique, 280, 661.
Anémie, 732*, 1302. —, traitement, 518, 533. — consécutive à l'absorption d'étain et de plomb, 1108. — de Biermer, 1123. — grave et hernie diaphragmatique, 1124. — hémolytique, 1075. — pernicieuse, 286, 1394.
Anesthésie au scophédal, 616. — cœliaque par voie postérieure, 1199. — endoveineuse, 1322. — générale à l'éther surchauffé, 461*. — loco-régionale en chirurgie de guerre, 1458.
Anévrisme de l'artère cubitale, 416.
Angine avec agranulocytose, 1074. — de poitrine. Traitement, 530.
Angiomatose hémorragique, 1044.
Angiome caverneux du strié, 1206. — du poumon, 1075.
Angor, 225.
Anophèles. Infection des —, 846.
Anorexie mentale, 240, 244.
Anoxémie aiguë, 1394.

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

Ante-hypophyse et diurèse, 857*.
Anthrax de la lèvre supérieure, 400*.
Anticorps, 484.
Antihormones, 283.
Antisepsie et asepsie, 473, 474, 475*. — interne des maladies microbiennes par des dérivés du soufre, 577*.
Antispasmodique. Un — de synthèse, 532.
Anurie, 998, 1075, 1108. — par acétylarsan, 485.
Anus artificiel, 695. — contre nature, 663.
Anxiété vestibulaire, 953*.
Apicolyse, 1026.
Aphtes, 1074. — récidivants, 1074.
Appareil respiratoire de Dally à cicruit fermé, 1216.
Appendicite, 95, 280. — aiguës, 414. — chronique, 1205, 1217, 1358. — de l'enfant, 777. — et sérothérapie, 1205.
Arsenicaux. Accidents consécutifs, 616.
Artère hépatique, 733, 770, 802*.
Artériectomie, 1025.
Artérites oblitérantes. Traitement, 321.
Arthrites chroniques de la hanche, 183, 265.
Arthropathies tabétiques de la hanche, 1059.
Arthroplastie du genou pour ankylose osseuse, 1217.
Ascaridiose et phénomène de Sanarelli, 283.
Ascite, 1217.
Asepsie des salles d'opérations, 416.
Aspects alvéolaires, 1154.
Asthénie, 780.
Asthme infantile, 384. — Traitement, 283*.
Asystolie hépatique, formes cliniques, 898*, 930*.
Atrophie cérébelleuse, 243, 1154. — de l'hémisphère gauche, 284.
Atropine, 224.
Aviateurs et alcool, 661.
Aviation aux hautes altitudes, 993.
Avitaminose, 309*, 322. — B, 1349*. — C ou hypovitaminose C, 650*. — de l'adulte, 40.

B

B. C. G., 204, 240, 280, 285, 715, 910, 962, 1426.
Bacille de Friedlander, 784. — de Koch, 224, 240. — fusiforme, 498. — paratuberculeux, 485. — paratyphique C, 224. — tuberculeux, 280, 482, 485, 530, 1426. — typhi murium, 224.
Bactériémie à perfringens post-abortum, 1358.
Bassin. Dislocations et fractures, dislocations du —, 1057.
Benzédrine, 1361.
Béribéri, 42. — cardiaque, 1123.
Bio-chemical-Reserch Foundation of the Franklin Institute, 1070*.
Blennorragie et sulfamides, 590*.
Brachy-œsophage, 516.
Bronchite capillaire, 777.
Broncho-pneumonies morbilleuses, 550. — spasme, 633.
Brucelloses, 280.
Brulés. La mort des —, 1202. Syndrome toxique et néphrite chez neuf grands —, 1202. — Traitement des —, 1442.

C

Cachexie progressive, 716.
Calcémie et calciurie, 243.
Calcium, 661.

Canal inguinal. Double endométriome kystique du —, 612*.
Cancer de la langue, 1009. — de la verge. Traitement du —, 509*. — de l'urètre féminin, 1218. — du canal hépatique, 1090. — du col utérin, 662. — du colon, 1025. — du poumon, 183, 184. — et acide déhydrascorbique, 464. — et routes goudronnées, 133, 170, 814, 980. — Etiologie, 1350*. — Le — et la guerre, 1453*. — Métastases osseuses dans le — du sein, 1197.
Cardiaques. Faux — d'origine digestive, 395*.
Carpe. Maladie du —, 1216.
Catalepsie du vieillard, 533.
Catgut antidérapant, 322.
Causalgie du médian, 1199.
Cellulite de la face, 1133*, 1165*.
Centres de chirurgie maxillo-faciale et de prothèse, 1413.
Charbon, 1414.
Chirurgie de guerre, 1437* — gastrique, 911. — Les pièges de la —, 1043, 1310. — de la rate, 1492.
Chlorate de potasse et poliomyélite aiguë, 993.
Chlorophylle en thérapeutique, 1203*.
Choc, 484.
Choléra. A propos d'un cas unique de —, observé en 1917 à l'Armée d'Orient, 425* — infantile, 1044.
Cholestérolémie des déments précoces, 1117*.
Cholestérorachie, 148.
Chorio-méningite, 244. — lymphocytaire, 280.
Chronaxie, 1426.
Chronique. A. D. R. M., 290. — Assemblée française de médecine. Fête d'été, 1146. — Assistance Publique. Son budget, 1. — Brassard et fanion de la Convention de Genève, 1346. — Cinquantenaire de l'Association de la Presse médicale française, 270. — Cinquantenaire de l'Institut Pasteur, 374. — Cinquantenaire de l'Institut Pasteur célébré en Argentine, 918. — Cinquantenaire de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1002 — Conférence de M. Cathelin à l'U. M. F. I. A., 250. — Conférence de M. Pasteur Vallery-Radot sur le Cameroun, 306. — Convention de Genève, 75e anniversaire, 1146. — Cosmétiques et produits de beauté aux Etats-Unis, 1366. — Docteurs *honoris causa*, 1385. — Election à l'Académie de médecine de M. Babonneix, 1333. — Eloge de Walther, par Louis Bazy, 153. — Etat sanitaire des réfugiés espagnols, 210. — Guerre : Nomination des membres des Comités consultatifs de santé, d'hygiène, des intoxications, de prophylaxie antivénérienne, de surveillance des eaux, 1294. — Histoires de fantômes, 1139. — Hommage à Carlos Finlay, 1028. — Hommage à la médecine coloniale, 914. — Journées médicales franco-yougoslaves, 326. — Ligue du lait, 50. — Leçon inaugurale du Professeur Chevassu, 86. — Leçon inaugurale du Professeur Henri Bénard, 1434. — Leçon inaugurale du Professeur Giraud, 53. — Leçon inaugurale du Professeur Laignel-Lavastine, 1418. — Leçon inaugurale du Professeur Mondor, 122. — Leçon inaugurale du Professeur Clovis Vincent, 186. — Lumière qui s'éteint, 210. — Médaille du Professeur Laignel-Lavastine, 194. — Médecine et famille, 406. — Pièces anatomiques pétrifiées, 1346. — Propagande antifrançaise, 1018. — Salon des médecins, 302. — Stérilisation légale des femmes en Norvège, 1346.
Circulation rétinienne, 1043.
Cirrhose biliaire, 225. — ictéro-pigmentaire xanthomateuse, 1075.
Clinique. Au seuil de la — (leçon d'ouverture du Professeur Giraud), 53*.
Coagulation sanguine, 1124.
Cobalt. Le — dans la nature, 79*. — Quelques propriétés physiologiques et thérapeutiques du —, 609*.
Codex et médecine infantile, 797*.
Cœur des obèses, 786, 866.
Colchicite, 753.
Col de l'utérus, 1205.
Colibacillose urinaire et acide mandélique, 793*.
Colonies de vacances, 384.
Conserves, 148.
Contusion rénale, 662.
Copro-porphyrinurie, 1074. — saturnine, 1426.
Coqueluche, 516.
Corme, 1302.
Corps étrangers, 184, 1438. — étrangers du tube digestif, 1008. — étrangers piquants du tube digestif, 911. — 693*, absorption et élimination, 550.
Sorrespondance, 758, 970.
Congrès. Calendrier des —, 10, 189. — de l'alimentation, 133, 148. — de la diurèse, 997, 1010, 1027. — XXVe — de médecine, 22, 40. — XXIIe — de médecine légale, 1152, 1172. — VIe — des médecins, conseils et contrôleurs, 962. — VIIIe — français de gynécologie, 1026. — Xe — international de médecine et de pharmacie militaires, 1091, 1109 — IXe — national de la Tuberculose, 606. — neurologique international de Copenhague, 1397, 1429, 1460, 1495. — XVIIIe Journées médicales de Bruxelles, 994. — Journées médicales de la Faculté libre de Lille, 860. — Journées orthopédiques suisses, 813. — Réunions médico-juridiques internationales, 1062.
Côtes cervicales, 1424.
Cou. Tumeurs nerveuses du —, 273*.
Coude. Traumatismes chez l'enfant, 14, 46*.
Coxarthrie, 1059, 1109.
Crevettes, 560.
Cryptorchidie, 283.
Cuti-réaction. Le problème actuel de la — tuberculinique, 1106*.
Cystalgies rebelles, 416.
Cytologie, 614.

D

Décès. Déclaration des causes du —, 1043.
Défense passive, 6, 7, 122, 670, 1288, 1304, 1386. — Gaz. — Obsession, 1389. — Protection des denrées alimentaires, 6*. — Protection des enfants et la guerre chimique, 1229*, 1290. — Soins à donner aux intoxiqués par les gaz, 1485*. — Visite du Président de la République aux formations Z de Paris, 1345.
Déficience cardiaque, 1361.
Dégénérescence mentale, 705*.
Déments précoces, 1117*.
Dénatalité française, 873*.
Dépopulation, 498.
Dermatoses et déshydratation, 169*.
Dermite causée par le cuir du casque, 1221.
Désensibilisation, 485.
Désinfection du champ opératoire, 1340.
Diabète, 485. — rénal, 696. — infantile et insuline-protamine-zinc, 244. — insipide, 335, 1123.
Diabétiques. Chirurgie chez les —, 616. Polynévrite chez un —, 243.
Diathermie hépatique, 224, 498.
Dilatation de l'oreillette gauche, 244. — du bassinet, 814.
Dinitrés. Etude biologique des produits — chez l'homme, 617.
Diphtérie, 1044. (Voir aussi vaccination et anatoxine.) — avant et après la vaccination associée triple, 335.
Dislocations du bassin, 1057.
Dissociation auriculo-ventriculaire, 457*. — syringomyélique, 335.
Distomatose, 896, 1089.
Diurèse. (Congrès de la —), 996, 1010, 1027. — spontanée et provoquée, 996.
Diverticule, 482. — vésical, 1009.
Dolichosténomélie, 246, 812*.
Duodénum, 486.
Dysphylaxie hépato-rénale, 279.
Dysostose cléido-cranienne, 244.

E

Eaux minérales alcalines, 205. — Corps spécifiques des — à action leiotonique, 978.
Ecole de plein air. Désintoxication et rééducation alimentaire, 1045*. — du Service de santé militaire, 1065, 1304.
Education et médecine (Nobécourt), 141*, 177*, 213*.
Electro-cardiographe, 96, 517.
Electrocution, 484.
Electro-encéphalogramme, 133, 1156, 1206.
Electro-encéphalographie chez le sujet normal, 1120*.
Embolie cérébrale, 283. — de l'artère humérale, 716, 1024. — pulmonaire, 115, 148. — pulmonaire. Faisons le point, 1245*.
Empalement recto-vésical, 814.
Emphysème médiastinal et rougeole, 1043.
Encéphalite chronique, 240. — psycho-signe azotémique et vitamine C, 689*.
Endocardite d'Osler, 154, 190, 226*. — maligne, 1090. — maligne latente, 485.
Endométriomes, 184, 186, 1008. — du colon sigmoïde, 1025. — kystique du canal inguinal. — Double —, 612*.
Endothéliome pleural, 368.
Enfants abandonnés, 813. — qui marchent tardivement, 1340.
Entorses et infiltrations anesthésiques, 1218.
Epanchements pleuraux, 486.
Epiploon, 1218.
Epilepsie, 614, 730*. — Etiologie et pathologie de l' — genuine, 1297*
Epithélioma du jéjunum perforé, 663. — du poumon, 716. — du rectum chez un jeune, 293*.
Equilibre acide base, 1028.
Erythème induré de Bazin, 1044. — fessier et eczéma séborrhéique, 779. — polymorphe, 1108.
Estomac biloculaire, 262.
Etranglement interne dans l'hiatus de Winslow, 393*.
Exercice chez les enfants et les jeunes gens, 1313*, 1329*, 1369*.

Exophtalmie basedowienne, 1124.
Extrait hépato-gastro-pylorique, 833*, 980. — lipolytique du foie, 1138.

F

Faculté de médecine de Lyon. Clinicat, 1049. — de Marseille. Clinicat, 1225. — de Paris. Clinicat, 901. — de Paris. Prix décernés, 489. — Mesures en faveur des étudiants appelés, 1365. — Règlement des thèses, 157. — *Agrégation*. Arrêté autorisant les étrangers à se présenter à l'agrégation, 1401. —. —, propositions, 949, —. —. Nomination, 1293, 1481.
Fibrogène, 286.
Fibrome du grand droit de l'abdomen, 814.
Fièvre bilieuse hémoglobinurique, 98. — jaune, 681. — ondulante et paralysie faciale, 89* — rémittente, 240. — typhoïde, 246. — typhoïde. Processus d'immunisation, 1183*.
Fissures anales, 98.
Fistule anale, 910. — biliaire, 1108. — de l'intestin grêle, 1008. — dérivative du grêle, 814. — du grêle, 848. — intestinale, prothèse caoutchoutée, 910. — Voie vagino-périnéale dans le traitement des — vésico-vaginales haut situées, 848.
Fossette coccygienne et hérédo-syphilis, 21*.
Fractures fermées de la diaphyse fémorale chez l'adulte, 1197. — Fixation externe, 1216. — incomplètes de la colonne vertébrale. Résultats éloignés, 426*. — ouvertes et injections intra-artérielles, 1413. — ouvertes par plaies de guerre et plâtres fermés, 1006*. — spontanée tabétique, 284. — de guerre, 1437. — de l'aileron sacré et de l'apophyse transverse lombaire du côté opposé, 550. — de l'apophyse styloïde et de l'os temporal, 695. — de la diaphyse fémorale au tiers moyen de l'adulte, 1094*, 1125*. — de la mâchoire, 1320. — de la rotule, 184. — Dislocation du bassin, 1057. — du col du fémur et enchevillement sous-cutané, 663. — du col fémoral, 322. — du fémur ; extension en double broche, 517. — du rachis, 1054. — du rachis cervical, 1462*, 1496*.
Fronto-ethmoïdites latentes, 1217.
Fumeterre officinale, 559*, 630*.

G

Ganglion stellaire, 616.
Gangrène cutanée, 183. — cutanées post-opératoires, 115. — gazeuse, 1340, 1491. — symétrique, 286.
Gastrectomie, 115.
Gastrocolopexie, 530.
Gauchers, 8.
Gaz. Obsession, 1389*. — thermaux de Royat et réflexothérapie du sympathique, 924*. — toxiques, 280, 1485*.
Genou paralytique, 1060. —. Plaie pénétrante, 184.
Germes de l'air, 473*. — Variations du poids, de l'agglutinabilité et de la virulence des —, 614.
Glandes endocrines, 1397.
Glycémie, 484. — et acide ascorbique, 549.
Glycomélie, 1341.
Goître, 285.
Goudronnage des routes et cancer. (Voir Cancer.)
Goutte à goutte veineux, 696. — Le côté chimique de la —, 973*.
Granulomatose, 696.
Greffes osseuses, 1216.
Greffons. Verrouillage par —, 560.
Grippe, 133.
Grossesses tubaires, 663.
Groupes sanguins, 498.
Gymnastique du bon sens, 780.

H

Hanche. Arthropathie de la —, 1220. — Butée ostéoplastique de la —, 1218. — Chirurgie de la — chez l'enfant, 1216. — Lésions de la — et butée intraarticulaire, 550.
Hématurie, 662.
Hémiatrophie faciale, progression chez un garçon de 13 ans, 1069*.
Hémoptysie émotive, 1341.
Hémorroïdes. Traitement, 1220.
Hémovitamine, 1108.
Hépato-néphrite, 243, 244.
Hérédité vésanique et dégénérescence mentale, 705*.
Hérédo-syphilis et fossette coccygienne, 21*.
Hermaphrodite, 482.
Hernie crurale pré-vasculaire, 1201. — diaphragmatique, 1045, 1124, 1446. — et accidents du travail, 1173. — lombaire, 1201. — postérieure des disques intervertébraux lombaires, 409, 441*.
Hile du poumon, 715. — pulmonaire. Aspects radiologiques, 382.
Histamine, 1037*.
Hôpitaux de Paris. Concours de l'externat, admission, 341. — Concours de l'internat, admissibilité, 173. Admission, 389. — Règlement pour la durée de la guerre, 1277. — Répartition des services hospitaliers, 741. Index alphabétique du personnel médical, 761.
Hormone, 485, 614. — mâle et tuberculose, 1075.
Hormonothérapie, 416.
Huile de paraffine, 550.
Huîtres et coquillages. La question des —, 64.
Hydarthrose périodique, 148.
Hygiène de l'enfance, 464, 1445. — publique, 1153.
Hyperglycémie, 224.
Hyperpnée, 1358.
Hypersthénie gastrique, 1238.
Hypertension, 243, 279, 1108, 1109. — d'origine rénale, 1238. — portale, 1074.
Hypertrophie musculaire, 284, 1123.
Hypocalcie, 696.
Hypochlorémies, 26. — par vomissements pyloriques, 725*.
Hypothyroïdie, 1090.
Hystérectomie vaginale, 530.
Hystérie et pithiatisme, 941*.

I

Ictère, 335, 1124. — catarrhal, 1123. — grave, 246. — hémolytique, 225. — infectieux, 1045. — pseudo-cholédociens, 525*.
Ictéro-néphrite à B de Friedlander, 1090.
Iléite régionale, 265. — terminale, 662, 695.
Ilio-sacralgie, 1059.
Immigration, 896.
Immobilisation soudaine d'attitude, 533.
Immunisation pendant la fièvre typhoïde, 1183*.
Immunité antirabique, 549. — conférée par l'anatoxine tétanique, 1424.
Implantation gastrique, 482.
Indice oscillométrique, 240. — morphologique, 962.
Infarctus tubaire, 1205. — pulmonaire. Signes et diagnostic, 618, 698*.
Infection générale post-angineuse à B. funduliformis, 1358. — puerpérale. Chimiothérapie préventive, 914. — gonococcique, 243.
Infiltration novocaïnique, 225. — de novocaïne dans les entorses, 1218.
Injections intraartérielles, 1413. — sclérosantes, 1220. — veineuses lentes de phénylcinchoninique, 1424.
Insuffisance cardiaque, éthylisme et avitaminose B, 1349*. — surrénale. Formes cliniques, 1158*, 1188*.
Insuline, 484, 1274. — et anaphylaxie, 1075. — histone, 1074. — protamie-zinc, 512*.
Intérêts professionnels. Agrégation aux étrangers, 1061. — Alerte au corps médical, 170. — Association corporative des étudiants en médecine de Paris, 286, 1362. — Assurances sociales, 158. — Clairvivre, 9. — Conseil supérieur de l'Assistance publique, 949. — Contrôle des dérivés sulfamidés, 554. — Cuti-réaction, 98. — Défense passive et mobilisation civile, 784. — Documents officiels. Décret relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre, 1254. — Etudiants mobilisés, 1294. — Exercice de la médecine à Monaco, 357. — Fédération des syndicats médicaux de la Seine, 158. — Fédération corporative des médecins de la région parisienne, 102. — Livret de santé, 34. — Médecins auxiliaires, 650, 846, 926, 1000, 1450. — Mobilisation civile, 384. — Orientation scolaire, 518. — Projet, un — des caisses, 205. — Proposition de loi Portmann, 336. — Refus d'intervention, 1458. — Résistance ou concessions, 116. — Retraite, 697, 733, 752, 881, 896, 909, 927, 941, 964, 986. — S. M. S. Trois ordres du jour, 368. — Statistiques des diplômes d'Etat et d'Universités, 818.
Intolérance arsenicale, 148.
Intoxication, 243. — barbiturique, 1012. — par la chloralose, 633. — oxycarbonée, 696, 1089. — oxycarbonée mortelle, 1154.
Inula Hélénium, 532.
Invagination, 1045.
Iode. Teinture d' — et désinfection du champ opératoire, 1340.

J

Jurisprudence. Dette d'honoraires, 801. — Responsabilité des pharmaciens, 44. — Responsabilité des chirurgiens, 1188.

K

Kala-Azar, 634, 1076.
Kyste aérien du poumon, 1074. — congénital du pancréas, 911. — dermoïde double de l'ovaire, 1218. — du grand épiploon, 663. — épidermoïde du crâne, 1206. — géant du poumon,

1090. — hydatique, 1458 — hydatique du corps thyroïde, 1198. — para-ovarien, 634.

L

Laristine, 1109.
Lait acidifié, 778. — calcique, 150. — fermenté, 484, 1045. — pasteurisé, 978, 1357.
Leçons inaugurales (Voir Chronique.)
Leishmaniose, 1123.
Leptospiroses anictériques, 24.
Leucémie, 244.
Leucocytose. Intérêt de la — sanguine en gynécologie, 825*.
Leucorrhées. Traitement, 655*.
Leucose aiguë, 516. — et leucémies aiguës de l'enfance, 1075.
Lipase, 1174.
Lipomes du cœcum, 1201.
Lipodystrophie, 244.
Listérienne. L'idée — en l'an 1939 (lecture du Professeur Leriche au Royal College of Surgeous), 473*.
Lithiase du cholédoque, 1220. — réno-pyélo-uretérale, 1043.
Lithopédion, 1202.
Lobe. Anatomie du — occipital, 1085*, 1101*.
Lobectomie pour cancer du foie, 1446.
Luxations de l'épaule en haut, 695. — en arrière des quatre derniers métacarpiens, 1380. — et subluxations congénitales de la hanche, 1058. — récidivantes de la mâchoire, 1024. — récidivantes de l'épaule, 633.
Luchon, évolution de ses doctrines thermales, 1178.
Lymphangiome kystique du grand épiploon, 1218.
Lymphogranulomatose, 321. —, lymphosarcome, 517.

M

Macrogenitosomie, 486, 532.
Macroglossie, 1446.
Maladie amyloïde, 779. — cœliaque, 778. — collodionnée, 1044. — d'Addison, 779. — de Dühring et histidine, 1446. — de Friedreich, 1154. — de Heine Medin, 780. — de Little, 633. — de Madelung, 814. — de Nicolas-Favre, 1025. — de Paget, 335. — de Parkinson, 1394. — de Parkinson traumatique, 1281*. — de Raynaud, 148. — de Recklinghausen, 1461. — de Simmonds, 125*. — de Still, 285, 1044. — du semi-lunaire, 184, 262. — épidémiques en France, 1410. — opératoire, 1026. — mentale, 73*. — nerveuses héréditaires, 1460, 1495.
Malformation cardiaque, 1044.
Masque. Port du — et correction des amétropies, 980. — pour enfants et tout-petits, 1229*, 1390.
Médecine et éducation (Nobécourt), 141, 177, 213*. — légale des paralytiques en rémission, 1172.
Médecins de Balzac, 240.
Médiastinales. Diagnostic des compressions —, 1341*, 1382*, 1430*.
Médication transpulmonaire, 910.
Mégacolon congénital, 1200.
Méningiomes latents, 1156.
Méningite aiguë à B. du groupe typhique, 240. — à méningocoque, 696. — à pneumocoques, 516 — cérébro-spinale, 486, 1394. — cérébro-spinale à méningocoques, 501. — otogène à proteus vulgaris, 1361. — tuberculeuse. Orientation chirurgicale du traitement, 1217.
Métabolisme, 1426.
Métastases, 716.
Mission en Chine, 367. — en Guyane, 1410.
Mobilisation sanglante du genou, 1060.
Moelle. Membres fantômes dans la section de la — dorsale, 1234.
Mononucléose infectieuse, 1090.
Mortalité infantile, 1445.
Mucocèle de l'appendice, 183.
Myasthénie et prostigmine, 1234.
Myélite nécrotique, 533.
Myélomatose, 244.
Myélotoxicose, 1361, 1394.
Myome de l'estomac, 1218.
Myorythmies des ailes du nez, 1154.
Myosite crurale, 663.

N

Narcose au narconumal, 1492.
Navire hôpital, 715.
Nécrologie. Albertin, 1274. — Beaufrère, 358. — Béclère, 396. — Benaerts, 1178. — Brault, 1194. — Camus (Paul), 1142. — Chabannes, 1274. — Camille Chabrol, 390. — Christansen (Viggo), 1450. — Cushing, 1310. — Freud, 1290. — Gillard, 722. — Glénard (Raymond), 1326. — Guillot (Maurice), 1326. — Guinard (de Bligny), 1226. — Labbé (Marcel), 774. — Leguen, 1305. — Lemeland, 1210. — Leven, 522. — Mayo (W. et Ch.), 1050. — Merklen (Prosper), 570. — Montagné, 1482. — Pachon, 374. — Pettit (Auguste), 1362. — Ricardo Jorge, 1274. — Rieffel, 1386. — Rousseau Pierre (Pierre Vellones), 1066. — Sée (Marcel), 1326. — Séglas, 1450, 1482. — Vaillant, 1450.
Néphrite aiguë toxique, 1027. — chronique, 1044. — chronique azotémique, 1074. — par inhalation de tétrachlorure de carbone, 663.
Néphrose lipoïdique, 146. — lipoïdique et paludisme, 1075.
Nerf récurrent. Repérage du —, 715. — sciatique poplité externe, 1046*, 1077*.
Neurinomes, 183, 416.
Neurochirurgie de guerre, 1289, 1319, 1357, 1358, 1380.
Neuro-fibromatose de Recklinghausen, 516, 517.
Neurologie. Voir Congrès de Copenhague, 1397, 1429, 1460.
Névralgies sciatiques (étiologie), 409, 441*.
Nicotinamidémie, 1123.
Notes de médecine infantile. Anatoxine dihtérique en médecine infantile, 1390. — Codex. La nouvelle édition et la médecine infantile, 797. — Dolichosténomélie, 812. — Vitamine A chez le nourrisson, 298. — Vitamines B chez le nourrisson, 319. — Vitamines C chez le nourisson, 448. — Vitamines D chez le nourrisson, 478. — Vitamines associées, 573. — Vitamines et codex, 276.
Notes de médecine pratique. Chlorophylle en thérapeutique, 1203. — Défense passive. Protection des denrées alimentaires, 6. — Soins à donner aux intoxiqués par les gaz, 1485. — Epilepsie. Travaux récents, 730. — Ponction du péricarde, 750. — Vaccinations associées, 858. — Vitamine P. P. Ce qu'il faut savoir de la —, 1252.
Notes de thérapeutique. Fumeterre officinale, 559, 630.
Notes pour l'internat : Abcès de la fosse iliaque droite (oral), 118. — de la fosse iliaque droite, Diagnostic, 834, 866. — Amibiase intestinale, 1222, 1257, 1306. — Anthrax de la lèvre supérieure, 400. — Artère hépatique, 733, 770, 802. — Asystolie hépatique, formes cliniques, 898, 930. — Compressions médiastinales. Diagnostic, 1341, 1382, 1430. — Coude. Traumatismes du — chez l'enfant, 14, 46. — Endocardite d'Osler (S. et D.), 154, 190, 226. — Erythème noueux, S. et D., 338, 370. — Fracture de la diaphyse fémorale au tiers moyen de l'adulte, 1094, 1125. —. Infarctus pulmonaires. Signes et diagnostic, 618, 698. — Insuffisance surrénale, formes cliniques, 1158, 1188. — Nerf sciatique poplité externe, 1046, 1077. — Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule, 434, 466, 502, 534. — Panaris du pouce, 80. — Purpuras. Formes cliniques, 964, 982, 1013. — Rougeole. Complications pleuro-pulmonaires, 564. — Tumeurs de la parotide, diagnostic, 266, 302.
Novocaïniation, 477*.
Nourrisson. Tuberculose du —, 778.

O

Obèses. Régime des —, 1217.
Obésité et radiothérapie hypophysaire, 1108.
Occlusion, 1220. — après appendicectomie, 1206. — diverticulaire, 482. — intestinale, 1008. — post-opératoire, 1217. — typhique, 662.
Œdème cérébro-méningé, 1154. — malin, 482. — paroxystique du poumon, 1037*. — pulmonaire aigu et chloroforme, 1341.
Œuvre du Professeur J. A. Sicard, 253*. — Grancher, 1458.
Oligurie, 997.
Olivier. La feuille d' —, 1043.
Oranges. Désinfection des —, 614.
Orchidopexie, 662.
Oreillons, 501.
Os tibial externe, 1230. — Tumeurs bénignes, 184.
Ostéite juxta-épiphysaire, 517.
Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule, 434, 466, 502, 534*.
Ostéoporose, 517.
Ostéosarcome, 910, 1025.
Ostéosynthèse, 184, 633, 1216. — de la fracture double verticale du bassin, 1009.
Oxyaminothérapie, 239.
Oxycarbonémie, 462.
Oxygénothérapie, 1124, 1492.
Ozonothérapie, 1426.

P

Paris, 896.
Paludisme, 8, 1075.
Panaris du pouce, 80*.
Panartérite, 243.
Pancréatite, 184.
Papillo-épithéliome de Shope, 280, 484.
Paralysie amyotrophique, 1156. — du sphincter d'Oddi, 1446. — faciale périphérique, 262. — faciale et fièvre ondulante, 89*. — radiculaire, 243. — sérothérapique, 1155.

Parathyroïdes dans la tuberculose de l'adulte, 769.
Parkinonisme, 284.
Parotidectomie, 183.
Pathologie infectieuse régionale, 778.
Pellagre, 42, 696, 1154.
Pelletiérine. Sulfate de —, 516.
Percuti-réaction, 530.
Perforations diastatiques, 560. — du sigmoïde, 1200.
Périartérite noueuse, 1090.
Périarthrite scapulo-humérale, 1053.
Péricardite scarlatineuse, 1045.
Péritonites aiguës généralisées du post-partum, 322. — Chirurgie des — typhiques, 416.
Périviscérite hémorragique, 1205.
Perversité et réforme pour maladie mentale, 73*.
Phénomène de l'ascension du bras, 284.
Phényléthylmalonylurée, 1220.
Phlébite post-puerpérale, 1218. — précoce de la tuberculose, 335.
Phlegmon gangréneux cervical, 1397.
Phosphatase, 1301.
Photographie du relief, 1340.
Physiologie du tissu pulmonaire, 1265*.
Pied bot varus congénital, 1216.
Pigments urinaires, 997.
Plaies contuses. Désinfection chimique, 1358. — de guerre. Complications, 1442. — de guerre. Flore microbienne des —, 1394. — de guerre de la face, 1440. — de guerre. Plâtres fermés dans les fractures ouvertes par —, 1006*. — de la face, 1413. — de poitrine, 1424. — des parties molles, 1437. — et sulfamides, 1424. — pénétrante de l'abdomen par empalement, 695. — Traitement par la pyothérapie aseptique, 1381. — vasculaires, 1413.
Plante colombienne, 1410.
Plasmocytome lingual, 1090.
Plastie iléale, 1009.
Platres fermés dans les fractures ouvertes par plaies de guerre, 1006*, 1141.
Pleurésies, 246. — Traitement chirurgical des — purulentes tuberculeuses, 848.
Pléthore aqueuse expérimentale, 414.
Plexus brachial, 283.
Pneumonie franche aiguë. Essai sur la —, 1213*. — traumatique, 1221. — Complications nerveuses, 809, 841*. — Fièvre de la — chez l'enfant, 777. — graves traitées par la pneumotomie, 329*.
Pneumopathies et sulfamides, 696.
Pneumothorax, 1123, 1220. — précocement efficace, 1090.
Poisson, 134.
Poliomyélite, 1009. — aiguë et chlorate de potasse, 993.
Polynévrite au cours d'une paratyphoïde B, 243.
Polypeptidémie, 1302.
Polyphagie, 718.
Polyuries, 1010.
Ponction du péricarde, 750*. — sternale, 614.
Population civile. Protection de la — en temps de guerre, 1062.
Porphyries ou porphyrinopathies, 989*, 1021*.
Post-partum, 484.
Potentiel rétinéo-cornéen, 768.
Poumon. Abcès du —, 345, 377*. — isolé, 962.
Prémunition, 224.
Pression intrapleurale, 1458.
Primo-infection tuberculeuse maligne, 1073.
Problèmes sanitaires et Réfugiés espagnols, 367.
Prophylaxie antituberculeuse, 322. — des maladies vénériennes, 1449.
Prostigmine, 1089, 1234.
Protamine zinc insulines, 512*.
Protection maternelle et infantile, 1392.
Protoxyde d'azote, 910.
Psoriasis et auto-vaccin, 331*.
Psychoses gravidiques et puerpérales, 493*. — puerpérales, 625*, 673*.
Ptose gastrique 115, 262.
Purpura, 225, 1045. — Formes cliniques, 964*, 982*, 1013*.
Pyrexie de forme ondulante 1123.

Q

Questions d'internat. Voir Notes pour l'internat.

R

Radiophotographie, 170.
Radioscopique. Examen — en salle éclairée, 682.
Rauwolfia vomitoria, 962.
Réaction de Casoni, 204. — de floculation de Meinicke (M. T. R.) dans la pratique médicale courante, 1181*. — irritative vasonévritique, 1421*.
Réflexe oculo-cardiaque, 1124.
Réflexothérapie du sympathique et gaz thermaux de Royat, 924*.
Réforme. Commissions de —, 1458.
Refus d'intervention, 1458.
Rein, 96. — Contusion, 662. — Secrétion de l'eau au niveau du —, 997.
Résection de l'omoplate, 1025. — du radius, 1024. — recto-colique, 1024.
Respiration. Rôle réflexe de la plèvre, 1414.
Rétention d'urine par rétroversion utérine, 1218.
Rétinite azotémique et anémie, 1340.
Rétrécissements du rectum, 1200.
Revues générales. Abcès du poumon, par MM. Piton et Le Sueur, 345, 377. — Abcès utérins d'origine puerpérale, par M. P. Chalnot, 197. — Aliments. Action dynamique spécifique des —, par MM. L. Cornil, Ch. Mattei, J. Vague, F. Girault et J. Courtois, 905, 937. — Anatomie du lobe occipital, par M. Leconte et Mme Leconte-Lorsignol, 1085, 1101. — Avitaminoses, par MM. Carrière et Gineste, 309. — Cancer de la verge. Traitement du —, par M. Guy Penaud, 509. — Hernie postérieure des disques intervertébraux lombaires (étiologie des névralgies sciatiques), par MM. Bergouignan et Caillon, 409, 441. — Maladie de Simmonds, par M. J. Ravoire, 125. — Paralysie faciale au cours d'une fièvre ondulante observée en Normandie, par MM. Colombe et Corchon, 89. — Physiologie du tissu pulmonaire, par M. Pierre-J. Robert, 1265. — Pneumonie. Complications nerveuses, par MM. A. Dumond et G. Deplante, 809, 841. — Porphyries ou porphyrinopathies, par MM. R. Roger, J.-E. Paillas, Schachter et Boudouresque, 989, 1021. — Psychoses puerpérales, par M. M. Leconte et Mme S. Leconte-Lorsignol, 625, 673. — Staphylococcies graves de la face (cellulite de la face), par MM. H. et G. Duboucher, 1133, 1165. — Syndrome d'hyperréflectivité sino-carotidienne, par M. André-X. Jouve, 1405. — Syphilis de la trachée et du système bronchique principal, par MM. Mounier-Kuhn et Dury, 541. — Traitement de l'asthme par M. Ed. Joltrain, 233. — Travaux de chirurgie de guerre (sept.-oct. 1939), par le Professeur Jeannency, 1437. — Troubles fonctionnels cardiaques des jeunes soldats, par M. Guilleman, 161. — Tumeurs nerveuses du cou, par M. E. Curtillet, 273.
Rhumatismales. Maladies — à Lyon, 784.
Rhumatisme amibien, 976*. — articulaire aigu, 1076. — déformant xanthomateux, 633. — tuberculeux, 1426.
Riposte histamine-tyramine dans l'œdème paroxystique du poumon, 1037*.
Rougeole. Complications pleuro-pulmonaires, 564*.
Rupture de la rate, 482, 1205.
Rythme cardiaque. Troubles du — chez les enfants, 641*.

S

Saignée, 133, 354. — à l'artère fémorale, 1089.
Salicylate de soude, 485.
Salpingite rompue, 183.
Sang. Action d'un extrait hépato-gastro-pylorique sur les globules rouges du —, 833*. — conservé, 1089, 1221. — Etude des gouttes de — projeté, 1152.
Sarcome du fémur, 814. — musculaire, 616.
Scarlatine, 1045.
Sciatique. Résection du tronc du —, 616.
Sclérodermie, 1044.
Sclérose en plaques, 382. — inflammatoire de la substance blanche des hémisphères, 335. — latérale amyotrophique. Affection simulant la —, 1045. — tubéreuse, 532, 716.
Scoliose. Traitement chirurgical de la —, 1056.
Scorbut, 532.
Secret médical, 1449.
Section nerveuse, 484.
Septicémie à pneumocoques, 616, 696.
Sérothérapie anticoli-bacillaire dans les appendicites, 95. — antidiphtérique par voie cutanée, 183. — antigangréneuse. Paralysies du plexus brachial, 283. — antitétanique par voie cutanée, 183, 262.
Sérum antivaccin, 1238. — antigangréneux multivalent, 1491.
Sinusites latentes, 530.
Soja, 134.
Soufre. Antisepsie interne des maladies microbiennes par des dérivés du —, 577*.
Sous-marins. Vie à bord des —, 769.
Spasme labio-palato-laryngé, 1206.
Spirochètes, 414.
Spirochétose ictéro-hémorragique, 22, 616.
Splénectomie des rates palustres chez la femme enceinte, 1025.
Sprue, 42.
Staphylococcies graves de la face, 1133*, 1165*.
Starter du cœur, 1151.
Sténoses cicatricielles de l'œsophage, 696. — du pylore, 285. — hypertrophique du pylore, 1200.

Stérilisation des plaies infectées, 476*.
Sthétoscope à sensibilité variable, 1445..
Stovanol, 485.
Sulfamides, 532, 550, 696, 758, 784, 1075. — dans la blennorragie, 590*. — en médecine infantile, 585*. — et plaies, 1424.
Sulfamidé. Accidents du traitement —, 598*.
Sulfamidothérapie. Posologie et conduite du traitement chez l'adulte, 581*. — La — à la Maternité de Port-Royal, 597*.
Suture primitive, 416, 482, 1009. — et plaies du genou, 662.
Sympathicolytique synthétique, 321.
Syndrome angineux, 882. — d'Aran-Duchenne, 1108. — de Brown-Séquard, 1361, 1394. — de Cushing, 1044. — de Debré-Semelaigne, 284. — d'hyperréflectivité sino-carotidienne, 1405*. — de Marchiafava-Midelli, 1075. — de Simmonds, 1074. — contro-latéral du noyau rouge, 335. — endocrino-musculaire d'hypothyroïdies, 1108. — hyperhydro-pexique, 244. — oto-neuro-oculistiques, 1235. — neurologique simulant la sclérose latérale amyotrophique, 1090. — parkinsonien et maladie de Heine-Medin, 1235. — strié de l'enfance, 716. — syringomyélique, 1234.
Synovite du genou, 814. — tuberculeuses des doigts à B. bovins, 1426.
Syphilis, 485. — de la trachée et du système bronchique principal, 541*. — fébrile, 1326.
Système endocrino-végétatif et sa signification en neurologie, 1397.
Syringomyélobulie, 533.

T

Tabes, 1108. — Artropathies de la colonne lombo-sacrée, 1234. — et asthéno-manie, 1149*.
Tachycardie paroxystique, 1206.
Tartrate d'ergotamine, 946.
Tendons. Section des — fléchisseurs des doigts, 183.
Terrain et évolution post-opératoire, 474*.
Testotérone, 283.
Tétanie, 779, 1074.
Tétanique. Immunisation anti— préventive, 1076.
Tétanos, 416, 777, 1424, 1442. —. Sérothérapie préventive, 814.
Thérapeutique transpulmonaire, 682.
Thoracoplastie, 205, 1026.
Thorax. Compression méthodique du —, 1220.
Thrombose du ventricule gauche, 361*.
Thymectomies, 562.
Thymus, 224.
Thyroïdectomie, 715.
Tomographie, 322. — pulmonaire, 146.
Toxi-infection alimentaire chronique, 322.
Toxiques. Localisation endocrinienne des substances —, 560.
Trachome. Traitement, 368.
Transfusion, 169, 382, 1089, 1358. — Accidents cérébraux de la — sanguine, 1234. — du plasma sanguin, 1320. — par sang conservé, 769. — pendant la guerre d'Espagne, 1357.
Traumatismes cérébraux, 663. — craniens, 1438. — cranio-cérébral, 1235.
Tremblante du mouton, 617.
Tribromo-métaxylénol, 1220.
Trigonelline, 1302.
Trophophylaxie, 148.
Troubles nerveux consécutifs à l'absorption de médicaments peu toxiques, 37. — fonctionnels cardiaques, 161*. — hypophysaires, 225.
Trypaflavine, 335.
Trypanosomiase, 696.
Tuberculine, 484.
Tuberculose, 224, 246, 384, 784. — Dispersion bacillaire, 753. — Œuvre Grancher, 960. — post-anergique des adolescents, 1357. — pulmonaire, 322. — pulmonaire. Essai d'une chimiothérapie nouvelle, 1215*. — pulmonaire expérimentale, 96.
Tumeurs à myéloplaxes, 696. — cérébrales, 1154. — de la parotide, 266, 302*, 662, 1009. — de la région lombaire, 911. — du corps calleux, 332. — hypophysaire, 1044. — kystique de la rate, 1025. — maligne du rein chez le nourrisson, 848. — masculinisante de l'ovaire, 262. — mixte, 662. — nerveuse du cou, 273*. — osseuse à cellules géantes, 1380 — pileuse de l'estomac et de l'iléon, 1008.
Typhus, 321. — murin, 1234.
Tyramine, 1037*.

U

Ulcère du duodénum, 243. — duodénal et laristine, 964. — géant de la petite courbure, 486. — peptique perforé, 1217.
Ulcus gastrique, 153.
Ultrafiltration, 753.
Ultravirus, 753. — et fluorescence, 614.
Urine. Pouvoir masculinisant de l'—, 1123.
Urographie, 286.
Uroporphyninurie, 1074.

V

Vaccin cultural, 549.
Vaccination antidiphtérique, 63, 1301, 1445. — antivariolique, 962, 1051. — associée, 335, 858*, 1005* — contre le typhus exanthématique, 978. — facultative, 986 — par l'anatoxine diphtérique, 616. — par l'anatoxine mixte diphtérique et tétanique, 532. — obligatoire, 1381. — préventive, 1322.
Vaccine, 1456.
Vagin. Néo— par la méthode de Schubert, 184.
Vaisseaux. Etude radiologique des gros — de la base du cœur, 5*.
Variétés. Au bord de l'étang, 512. — Epluchage des plaies, 1445. — (Voir aussi Chronique.)
Variole. Maladie éruptive simulant la —, 896.
Venin, 482.
Vascularite, 1492.
Verge. Traitement du cancer de la —, 509*.
Vésicule biliaire. Apoplexie de la —, 1446.
Vin, 150.
Virus aphteux, 681. — vaccinal, 614. — poliomyélitique, 848.
Vissage (méthode de Rissler), 1024.
Vitamine, 134, 150, 1108.
Vitamine A, 384. — chez le nourrisson, 298*.
Vitamine B chez le nourrisson, 319*. — B, 602. — dans les algies des amputés, 1220.
Vitamine C, 10. — chez le nourrisson, 448*. — et encéphalites psychosiques azotémiques, 689*.
Vitamine D, 1340. — chez le nourrisson, 478*.
Vitamine P. P., 1252*.
Vitamines associées, 573*. — et codex, 276*. — Hyper— et régimes carencés. Action sur la thyroïde, 204. — Voir Notes de médecine infantile.
Volet osseux, 1357.
Volvulus de la vésicule biliaire, 662. — de l'épiploon, 1218. — gastrique, 562.
Vomissements pyloriques, 725.

W

Widal et l'esprit clinique, 105*.

X

Xanthomateuse. Maladie —, 633, 634.

Z

Zinc et fonctionnement utéro-ovarien, 414.

TABLE DES AUTEURS

1939

A

Abadie (Mlle), 1074.
Abaza, 1044, 1074.
Abelardo (Leal Rodriguez, 1109.
1109.
Achard, 846, 1340, 1410.
Adamantios (Lemos), 617.
Aimes, 1043.
Ajuriaguerra, 283, 284, 716, 1154.
Alajouanine, 243, 284, 1155, 1235.
Albeaux-Fernet, 532, 1123.
Albee, 1057.
Albot, 1123.
Alcaraz, 1092.
Alglave, 663, 815.
Alline, 550.
Alquier, 1037, 1421*.
Ambard, 26.
Ameline, 115, 416, 662, 695, 1424, 1425, 1426.
Ameuille, 116, 148, 1073, 1090.
Amoros, 1076.
Anastasin, 1206.
Anderson, 1056.
André, 1089.
Andreoiu, 1203.
Anstett, 1215*.
Antoine, 614, 993, 1043, 1445.
Ardoint, 1301.
Arloing, 382, 464.
Armand-Delille, 384, 530, 784, 1458.
Armelin (Mlle), 240.
Armingeat, 1220.
Arnaud, 715, 1202.
Arnoldson, 1174.
Arnous, 243, 1075.
Arondel, 246, 1044.
Arquié, 560, 681.
Ascheim, 1026.
Arsenie, 1206.
Askenazy, 1206.
Asteriadès, 482, 1025.
Atkinson, 779.
Aubanel, 1090.
Aubel, 1123.
Aubin, 225, 516, 1124.
Aubourg, 1426.
Aujaleu, 1221.
Aussanaire, 1073.
Auvray, 426*.
Auzépy, 1090.
Ayala, 779.
Azerad, 549.
Aziz, 910.
Azoulay, 382.

B

Babonneix, 6*, 37*, 276*, 298*, 319*, 337*, 384*, 386*, 448*, 478*, 516*, 517, 522*, 573*, 585*, 614, 716, 730*, 750*, 758*, 777*, 778*, 779*, 780*, 796*, 812*, 816, 845*, 858*, 1028*, 1030, 1044, 1069*, 1139*, 1203*, 1252*, 1349*, 1390*, 1485*.
Bachy, 193, 911.
Bailliart, 1043.
Bailly, 64.
Balansard, 1027.
Balazuc, 1070*.
Balluc (Mlle), 146.
Balgairie, 1074.
Balozet, 1089.
Balthazard, 1152*, 1234.
Barbé, 286, 516.
Barbet, 1206.
Barberousse, 777.
Barbier, 1025.
Barcat, 1058.
Bareiller (Mlle G.), 224, 1361, 1394.
Bargeton, 962, 1075.
Bariéty, 24, 1073, 1089, 1090, 1357, 1458.
Barrabé, 1216.
Barraquer, 1297*.
Barré (J.-A.), 284, 332, 533, 953*, 1156, 1206, 1234.
Barry, 1426.
Barthas, 614.
Barthélemy, 240.
Barrich, 661.
Baruk, 516.
Bassal, 517.
Basset, 184, 482, 662, 911.
Baudet, 1141, 1221.
Baudoin (M.), 1301.
Baudouin, 133, 284, 549, 716, 753, 768, 1288.
Baumgartner, 115, 184, 482, 1024, 1424.
Bayle, 1220.
Bazex, 1141.
Bazy, 186, 262, 416, 716, 995, 1025, 1320.
Beckers 994.
Becq, 1076.
Beer, 1124.
Beerens, 484.
Béhague, 1234.
Beley (A.-P.-L.), 21*.
Bellin, 1073.
Bénard (H.), 224, 614, 616, 696, 997, 1074.
Benda (R.), 485, 1075, 1108, 1341, 1358.
Benech, 601*, 1045.
Benon, 73*, 1149*.
Bensaude, 1075.
Bensis, 279.
Bentejac, 784.
Béquignon, 614.
Berard (F.), 322.
Bérard (L.), 464, 942*.
Béraut, 462.
Berger, 183.
Bergeret, 115, 562, 1025.
Bergier, 1075.
Bergouignan, 409*, 441*.
Bernard (de), 1221.
Bernard, 1043.
Bernard (Etienne), 148, 322, 1043, 1074, 1206, 1218.
Bernard (Jean), 516.
Bernard (Raoul), 994.
Bernardie (Mlle A.-M.) de la, 611.
Bernardin, 889*.
Bernier, 1090.
Bernon, 848.
Berthier (Mlle Paulette), 617, 1456.
Bertrand (Gabriel), 614, 1357.
Bertrand (Ivan), 243, 602, 1008, 1045, 1154.
Bertrand (J.), 1235.
Bertrand (Léon), 1216.
Bertrand-Fontaine (Mme), 1108.
Besnoit, 696.
Besredka, 183, 262, 367.
Bessières, 921*.
Bezançon (Fernand), 63, 105*, 204, 382, 769, 1341.
Bethoux, 1108.
Biancani (E.), 682, 910.
Biancani (H.), 682.
Bigwood, 29.
Billet, 1054, 1381.
Binet, 115, 962, 1123, 1357, 1361, 1394, 1426, 1492.
Bioy, 725*.
Blanc, 1234, 1340.
Blanchard, 335, 993, 1108.
Blanchon, 1220.
Bloch, 280, 715.
Bloch (J.-Ch.), 482, 1025.
Blondin (Sylvain), 186, 695.
Boelle, 1045.
Boidin, 240.
Boivin, 1234.
Bolgert, 280.
Bollack, 335.
Bolot, 1221, 1458.
Boltanski, 98, 1220.
Bolzinger, 335.
Bompard, 283.
Bompart, 485.
Bonaba, 777, 778.
Bonamy, 1218.
Bonnet (H.), 550.
Bomet, 1074.
Bonet-Maury, 1288.
Bonola, 1060.
Boppe, 562, 1009, 1026, 1043 1054.
Boquet, 482, 485.
Boquet-Jésensky (Mlle), 1075.
Boquien, 1076.
Bordes, 26.
Boris, 1123.
Borman, 1302.
Bosworth, 1060.
Boucabeille (Mlle), 716.
Boucher, 244.
Boucomont, 246.
Boudin, 911.
Boudouresque (J.), 989*, 1021*, 533.
Bougarel (Mlle), 486.
Bouhier, 1024.
Bouillon, 1202.
Boulanger (Mlle), 1090.
Boulenger, 1089.
Boulin, 485, 1074.
Boulnois, 896.
Bouquier, 814.
Bour, 283.
Bourde (Y.), 29.
Bourdès, 416.
Bourgeois, 616, 1075
Bourguet (du), 184.
Bourguignon, 1340.
Boury, 133.
Bousser, 1108, 1361.
Boutaric, 133.
Boutroux, 133.
Bouvier, 1361, 1394.
Bovier, 1205.
Bradi, 1091.
Braine, 186, 482.
Branzeu, 8.
Bréchot, 695, 1394.
Bréhant, 1024.
Brentano, 1413.
Bretey, 280, 910, 1426.
Breton, 243, 1124, 1380.
Brette, 663.
Brian - Garfield (Mme), 1217, 1218.
Briand, 1358.
Bridoux, 1174.
Brincourt, 133, 150.

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

Brissaud, 243.
Brocard, 224, 498, 616.
Brochenin, 549.
Brocq, 184, 662, 911, 1026, 1446.
Brocq-Rousseu, 66, 133.
Brodin, 1124, 1320, 1322.
Brouet-Sainton, 293*, 1037*.
Brown, 1110.
Bru, 1075.
Brulé, 1124.
Brull, 996.
Brumpt, 696, 896, 1008, 1074, 1154.
Brun (de), 1124.
Brunati, 262.
Brunet de Coudrouniac, 150.
Bucquet, 1076.
Bulmann (Mlle de), 1090.
Burgi, 1206.
Burman, 1054.
Burnand, 562.
Burnet, 368, 1394.
Burstein, 115, 484.
Burtein, 1043.
Buscher (J. de), 335.
Busquet, 753.
Butte, 1056.
Buttin, 1446.
Buvat, 335.

C

Cabanié, 662, 910, 1381.
Cachera, 224, 283, 498, 1074, 1075.
Cachin, 1108.
Cachin (Mme), 1341.
Cadenat, 848, 910, 1025, 1458.
Cahen (M.), 716.
Cahen (R.), 8, 484, 1154, 1274, 1301.
Cahuzac, 484, 485, 517, 1141.
Caillon, 409*, 441*, 655*.
Cain, 243, 1124.
Calvé, 1056.
Calvet, 482.
Camelin, 1221.
Caminopetros, 133.
Campo (R. M. del), 777.
Camus, 1074.
Canetti, 280, 753, 1073, 1426.
Cans (Mme), 1124.
Cantonnet (H.), 779.
Cantonnet (P.), 779.
Capette, 416.
Carnot, 224, 498, 1381.
Caroli, 1089, 1090, 1123.
Caron (P.), 532.
Carrière, 204, 309*, 769.
Carton, 1109.
Castaigne, 996.
Castanet, 560.
Casucio, 1058.
Cat, 1090.
Catanei, 8.
Cathala, 148, 243, 1045, 1090.
Cattan, 225, 1076, 1124.
Causeret, 769.
Caussé, 768.
Cavaillon, 367.
Celice, 1108.
Césari, 482.
Chabrol, 1108.
Chabrun, 146.
Chalnot, 197*, 848.
Chapelo (Mlle), 1045.
Chapsal, 1044.
Charbonnel, 1156.
Chardon, 354.
Charnier, 66.
Charrrier, 848.
Charry, 1218.
Chartrain, 1341, 1394.
Chatenay, 1218.
Chaubart, 1109.
Chauchard (A.), 1426.
Chauchard (B.), 1426.
Chauchard (H.), 661.
Chauchard (P.), 484, 1426.
Chaussin, 8.
Chaussinand, 715.
Chauveau, 616.
Chauvenet, 482.
Chauvet, 244.
Chauvin, 1201.
Chauvois, 1151.
Chavannaz, 848.
Chelle (P.-L.), 617.
Chène, 186.
Chénebault, 1074, 1075, 1089, 1108.
Chenigré, 1200.
Cheval, 995.
Chevalier (J., 532.
Chevalley, 532.
Chevalier, 1090.
Chevallier, 517, 1074, 1108.
Chevallier (A.), 40.
Chevassu, 662, 848, 910, 1288, 1320, 1357, 1381.
Chevé, 993.
Chevrel, 225, 1361.
Chevrel (Mme), 225, 1361, 1394.
Chevrier, 1426.
Cheymol, 993.
Chiche, 616, 1394.
Chifoliau, 1446.
Chiray, 414, 1123.
Chome, 384.
Choucroun (Mlle Nine), 846.
Choussin, 146.
Christiaens, 1074.
Christophe, 1202.
Chuche, 516.
Ciaudo, 1090.
Cilleuls (J. des), 1092, 1110.
Claisse (Paul), 722*, 1124.
Claude (G.), 1288.
Clavelin, 184.
Clément (R.), 243, 1090.
Clerc, 1108.
Climesco, 1380.
Cliquet, 1234.
Cochemé, 1075.
Codounis, 279, 486.
Codousico, 244.
Codvelle, 244, 1110.
Coffin, 1044.
Cohendet, 1174.
Colas-Belcourt, 114.
Coldefy, 695*, 1245*.
Collet (Mlle), 1301.
Colombe, 89*.
Comandon, 183.
Combes-Hamelle, 1045, 1074, 1090.
Comby (Mlle), 1358.
Comby, 244, 1358.
Commandon, 224.
Conadan, 1076.
Constantin, 240.
Constantinesco, 1206.
Corchon, 89*.
Cordey, 1124.
Cordier (Mlle G.), 681.
Cordier (Victor), 189.
Cornet, 1469*.
Cornet (Mme), 1075.
Cornil, 905*, 937*, 996, 1155.
Cossa, 1206.
Coste, 1059, 1076, 1109.
Costil 280.
Cot, 980, 1229*.
Cottan, 243.
Cotte, 184.
Cottet, 996, 1108.
Courcoux, 368.
Courmont, 384.
Courtois (J.), 332, 905*, 937*, 1070*.
Courty, 517, 1141.
Couvelaire, 416, 1392.
Crosnier, 1221, 1281*.
Crutchfield, 1054.
Cuel, 1076.
Cuénot, 368.
Cuillé (Jean), 617.
Cunéo, 662, 942*.
Cursay (Mlle de), 1075.
Curtillet, 273*, 662, 695.

D

Dale, 1397.
Dalous, 1010.
Dally, 1216.
Dambrin, 616, 889*, 1141.
Daniel, 1200.
Daniel-Brunet, 1043.
Danielopolu, 1043.
Dantchakoff (Mlle), 146.
Dardenne, 1109.
Dariau, 393*, 1197*.
Daridan (Mlle), 1074.
Darnaud, 512*, 616.
Darré, 284.
Dauban (Mme), 1076.
Davis, 1054.
Debray, 414, 485.
Debré, 240, 243, 244, 1075, 1394.
Decharmeux, 1062.
Déchène, 1008.
Decourt, 98, 243, 516, 616, 696, 1108.
Decrop, 662.
Deglaude, 96, 321.
Deglos, 1044.
Degos, 516.
Deille, 530.
Dejou, 1221.
Delahaye, 814.
Delannoy, 482, 1108.
Delarue, 1074.
Delaunay (Mlle S.), 183.
Delaville (G.), 682.
Delaville (M.), 682.
Delay, 240, 516, 1074, 1076.
Delaye, 1091.
Delen (Mlle), 532.
Delherm, 5*, 264.
Delille, 516.
Delitch, 1053.
Dellaney (Mme), 150.
Delmas-Marsalet, 335.
Delon (Mlle), 1044.
Delon, 1090.
Delort, 516.
Delou (Mlle), 848.
Delpettre (Mlle), 1358.
Deltéruc, 146.
Delthil, 335.
Demanche, 1124.
Denechau, 616.
Deplante, 809*, 825*, 841*.
Dequidt, 384.
Dereux, 516.
Dermer, 224.
Dérobert, 1152*.
Derot, 240, 243, 262.
Derbillée, 1174.
Desclaux, 1173.
Descourt, 1108.
Deshayes, 921*.
Desjacques, 562, 1424, 1425, 1426.
Desoille, 1152*, 1174.
Desplas, 416, 560, 662, 1075.
Desvaux, 911.
Devallet, 705*.
Deré, 1458.
Devillers, 614.
Devois, 5*, 146.
Devraigne, 150.
Diamant-Berger, 550, 1205.
Dias, 663.
Diaz, 1025.
Dicharry, 1221.
Didier, 1201.
Dieulafé, 517, 1141.
Di Matteo, 1044.
Djévad Atjikalin (Mlle H.), 321.
Doher, 896.
Doladilhe, 715.
Donaldson, 1056.
Domart, 663.
Donon, 715.
Donzelot, 225, 485.
Dor, 1201.
Dosdat, 1221.
Dos Gallic, 1358.
Dos Ghali, 616.
Doubrow, 1174.
Doumer, 1108.
Dreyfus (Gilbert), 150.
Driessens, 1074.
Dubau, 1221.
Duboc, 1220.
Dubois, 280.
Dubos, 550.
Duboucher (G.), 1133*, 1165*.
Duboucher (H.), 1133*, 1165*.
Ducas, 244.
Ducastaing, 662.
Ducuing, 517, 1141.
Duffau, 8.
Dufour, 283, 1090, 1414.
Dufourmentel, 1413.
Dufrénoy, 66.
Duguet, 1302.
Duhail, 1218.
Dupau, 1458.
Dujarric de la Rivière, 484, 498, 993.
Dumas, 146.
Dumon, 1123.
Dumon-Lègre (Mme), 1123.
Dumond, 809*, 825*, 841*.
Duncombe, 265.
Dunham, 1109.
Duperret, 1075.
Dupoux, 614.
Dupuy, 814, 1221.
Dupuy de Frenelle, 1216, 1217.
Durand (Roger), 980.
Durel, 550.
Duret, 1076.
Durieux, 560, 681.
Durupt, 1426.
Dury (Louis), 541*.
Dustin, 995.
Duval (Pierre), 96, 183, 184, 416, 663, 997, 1358, 1446.
Duval (R.), 493*.
Duvoir, 1074, 1075, 1089, 1108, 1174.

E

Em-May, 1124.
Emin Erkal, 1110.
Enselme, 183, 465, 661, 715.
Enselme (Mlle), 661.
Esbach, 246.
Escarras, 562.
Estève, 1326.
Estrade, 616, 1141, 1380.
Euseline, 681.
Euzière, 1173.

F

Fabre, 482, 1141.
Fabre (J.), 1010.
Fabre (Maurice), 1027.
Fabre (P.), 616.
Fabre (René), 560, 978.
Fasquelle, 1238*.
Fairbank, 1092.
Fasquelle, 614.
Fagenauer (Mlle), 716.
Faulong, 1124.
Faure-Beaulieu, 284.
Fauvet, 116, 148, 225, 1075.
Feld, 284.
Férey, 663.
Ferguson, 1053, 1056.
Ferrabouc, 335.

Ferroir, 243.
Ferron, 1288.
Fessart, 616.
Fèvre, 416, 814.
Fey, 416, 814.
Friastre, 1155.
Fiessinger, 240, 1012, 1075, 1076, 1123.
Filderman, 1220.
Finsterer, 114.
Fischer, 1206.
Fischgold, 133, 768.
Flandin, 516, 1108, 1124, 1341.
Flandrin, 486.
Focquet, 1108.
Foerster, 1429.
Foissin, 243.
Follin, 1090.
Fonbrune (P. de), 183, 224.
Fontaine, 8, 997.
Forgue, 1043, 1453*, 1466*.
Forsberg, 1429.
Fortineau, 1172.
Fourlet, 1288.
Fourmestraux (de), 1413.
Fourneau, 1424.
Fouquet, 516, 1075.
Fourestier, 204.
Fourmestreaux (J. de), 562, 662.
Fourneau, 577*.
Foveau de Courmelles, 170*.
Fraenkel, 1238*.
Franchel, 1074.
Françon, 1108.
Fredet, 715.
Fribourg-Blanc, 995.
Frich, 1053.
Froehlich, 612*.
Frossard, 1445.
Fruchaud, 662, 848.
Frumusan, 1124.
Fulton, 1398.
Funck-Brentano, 1446.
Furst, 1302.

G

Gaget, 1429.
Galland, 1056.
Galliard, 993.
Gallot (H.-M.), 284, 1234.
Garali, 614.
Garcin, 243, 532, 716, 1108.
Gard, 848.
Garfield, 1091.
Garnier, 335.
Garsaux, 993.
Gastinel, 614.
Gatellier, 997.
Gaucher, 1076.
Gauchery, 246.
Gaudy, 848.
Gaultier, 530, 1074, 1075, 1108.
Gauthier-Villars (Mlle), 1124.
Gauthon, 1074.
Gautier (Cl.), 486.
Gautron, 486.
Gavaudan, 1474.
Gavaudan (Mme), 1474.
Geblewicz, 896.
Geffroy, 1074.
Gelonesi, 1091.
Genaud, 980, 1229*.
Gennes (de), 1074.
Georgiade, 1206.
Gérard, 530.
Gérard-Moissonnier (Mme), 1392.
Géraud, 1141.
Gerbay, 1108.
Germain, 148, 240, 486, 1074, 1089.
Gernez (L.), 493*.
Gervais (A.), 732*, 833*, 980*.
Gex (Mlle), 498.
Gharib, 243.
Giampietro, 778.
Giannestras, 1057.
Gianelli, 777, 778, 779.
Gillard, 722.
Gineste, 204, 309*.
Girard, 784, 1090.
Girardier (de), 285.
Girardin, 1203.
Giraud (Gaston), 53*.
Giraud (Paul), 246, 1044, 1045, 1075, 1090, 1123.
Girault, 905*, 937*.
Giret (Mlle), 1044.
Giroud, 148.
Giroud (A.), 42.
Giza, 779.
Glénard (Raymond), 205.
Glénard (Roger), 205.
Gley, 462.
Glotz (Mlle), 1426.
Godeau, 1174.
Godlewski (G.), 1217.
Godlewski (H.), 501.
Goiffon, 997.
Goinard, 262.
Gosset, 169, 183, 416, 1008, 1288, 1320, 1357.
Gosset (J.), 1024.
Gounelle, 1090, 1124, 1358.
Goutner, 1074, 1124.
Gouverneur, 590*, 662, 818.
Govaerts, 1012.
Goyer, 662.
Grabar, 8.
Graber-Duvernay, 1059.
Gradoyevitch, 262.
Granjon, 1200.
Gras, 148.
Gratia, 995.
Grégoire, 184, 716.
Grenet, 240, 1045, 1074, 1090.
Grimaud 1141.
Grimault, 416.
Grimondi, 616.
Grimoud, 517.
Grisoli, 1201.
Gros, 1075.
Gruca, 663.
Grumilier, 848.
Grupper, 335, 696, 1221.
Gruzewska (Mme), 1394.
Guérin, 846, 1090.
Guglielminetti, 980.
Guhlain, 240.
Guibal, 482.
Guibert, 1221.
Guidoni, 1201.
Guihard, 1361.
Guilhard, 1394.
Guilhon, 501.
Guillain, 243, 284, 486, 533, 1074, 1154, 1288.
Guillain (Mlle), 243, 1154.
Guillant (de), 1173.
Guillaumat, 1235.
Guillaume, 716, 1156.
Guillaume (Mlle), 64.
Guillaumin, 696, 1108.
Guilleman, 161*.
Guillemet, 8.
Guillemin, 243, 516, 616, 696, 1108, 1124.
Guilleminet, 262, 1174.
Guillemot, 484, 1045.
Guillerme, 814.
Guillermo, 1221.
Guillot, 550.
Guimaraès, 1358.
Guisée, 530.
Gutmann, 486.
Guy, 1053.

H

Hacker, 1044.
Haguenau, 335, 1108, 1235.
Halbron, 1074.
Halpern, 550.
Hamant, 416.
Hamet, 8.
Hanak, 1056.
Hartleben, 1110.
Hartmann, 662, 848, 1009, 1025.
Hatlender, 1108.
Hazard, 993.
Hecht, 169*.
Hedon, 1008.
Heger, 1174.
Hégert-Gilbert, 995.
Heim (Roger), 484.
Heimann (Mlle V.), 244.
Helerweirt, 778.
Hemmerdinger, 64.
Henny, 1012.
Henry, 224, 501, 532, 993.
Hérault, 696.
Herbert, 416.
Hérissey, 465.
Hermann (Mlle), 486.
Hermann (de Bucarest), 1156.
Hermann (de Genève), 1181*.
Herpin, 9*, 34*, 98*, 170*, 205*, 368*, 384*, 733*, 896*, 927*, 1061*.
Herscovici, 1350*.
Hertz, 265, 911.
Hervouet, 1106.
Heuyer, 716.
Hillemand, 1075, 1124.
Hinglais, 243.
Hirschberg, 562, 1254*.
Hirtz, 784.
Hissard, 1108.
Ho-Dac-Di, 416.
Hoeffel, 716.
Homet, 1155.
Horeau, 1044.
Hornus, 367.
Horveno, 1108.
Horwitz, 1054.
Houget, 1123.
Houlie, 1217.
Houot, 1221.
Houzel, 1069*.
Huber (J.), 1044, 1045.
Hubert, 616.
Huet, 1217.
Huguenin, 716, 1206.
Huguet (Mlle S.), 532.
Humbert, 243.
Huriez, 1108.
Hutinel, 1198.

I

Icard, 780.
Ieramec, 1045.
Ikladious, 1302.
Iliesco, 1110.
Iliovici (Mlle), 1358.
Imbert, 562.
Ingelrans, 1057.
Inbona, 1123.
Isaac-Georges, 1045, 1074.
Israël, 1238*.
Isch-Wall, 244.
Ivy, 1092.

J

Jacob, 616, 1074.
Jacquet, 1123.
Jadfart, 1394.
Jadlovkec, 662.
Jahiel, 150, 183.
James, 1221.
James, 1221.
Janot, 1410.
Jaroslav Janda, 1092.
Jaubert (A.), 590*.
Jaulmes, 1221.
Jausion, 1123.
Jayle, 246.
Jeanneney, 416, 560, 768, 769, 784, 1199, 1437*.
Jeannin, 285.
Jentzer, 995.
Jéramec (Mme), 484.
Jimenez, 204.
Joanissan (Mlle), 1090.
Joltrain, 233*, 995.
Jolly, 1424.
Joly, 1090.
Jonchеré, 560, 681.
Jonesco-Sisesti, 1461.
Jonnesco, 814.
Josserand, 382, 464.
Jouve, 361*, 1405*.
Joyet-Lavergne, 114.
Joyeux, 1446.
Jumon, 882*.
Junet, 1090, 1216.
Jung, 562, 1053.
Justin-Besançon, 115, 243, 414, 696, 1027, 1074, 1075, 1076, 1123.
Jude, 335.

K

Kabaker, 284, 332, 1234.
Kampeneers, 1056.
Kammerer, 1206.
Kaufmann (H.), 335, 1108.
Képinov, 1154.
Kervarec, 1217.
Kfouri, 96.
Kindberg, 1090.
Kipper, 243.
Kleinberg, 1056.
Kling, 814, 848.
Klotz, 243, 696, 1123.
Klotz (Boris), 246.
Kohler (Mlle), 1458.
Kopaczewski, 367.
Kossovitch, 498.
Kostic-Jocksic, 614.
Kourilsky, 243, 1076.
Kovarsky (Mlle Vera), 8.
Krassnoff (Mlle, 784.
Krebs, 1235.
Kreindler, 1206.
Kreis, 148, 1074.
Kreyssel, 1198.
Kuhlmann, 26.
Kuss, 662, 1025.
Kushner, 1057.

L

Lachaud (de), 1154.
Lachter, 98.
Lacour, 414.
Ladet (Mlle), 1043, 1044.
Laederich, 485.
Laffargue, 1076.
Laffère, 243.
Lafferre, 1109.
Lafforêt (Mlle), 662.
Lafourcade (Mlle), 416.
Lagrange, 1340.
Laignel-Lavastine, 284, 1075, 1124, 1234, 1302, 1341, 1394.
Laigret, 980.
Lajouanine, 1044, 1045.
Lallemant, 1045.
Lamare, 414, 1026.
Lambert, 1174.
Lambret, 262.
Lamy, 244, 1075, 1394.
Lance (M.), 123*, 184, 262, 1006*, 1053*, 1055.
Lance (P.), 1055, 1059.
Lande, 1174.
Langeron, 416.
Langle, 244.
Langrand, 416.
Lapicque, 484, 1426.
Laporte, 485, 550, 1074, 1108, 1397.
La Pradelle (de) 1062.

Laquière, 715.
Lardennois, 114, 184, 416, 1026.
Larget, 414, 1026.
Laroche, 283, 485.
Laroche (Mme), 244.
Larpent, 1123.
Laruelle, 1397.
Lascœur, 146.
Lasnet, 367.
Lassablière, 148, 150, 464, 896.
Lasserre, 525*.
Laubry, 96, 243, 1010.
Laudat, 486.
Laufer, 1206.
Launay, 516.
Launoy, 560.
Laurent (Maurice), 993.
Lauriat (Mme), 336.
Laurka (Mme), 993.
Lautmann (Mlle F.), 246.
Lavenant 1218.
Lavergne, 1090.
Lavier, 243, 896, 1089.
Layani, 1074, 1124, 1426.
Leblois, 550.
Leblond, 42, 224, 617.
Le Bourdellès, 549, 1089.
Lecercle, 368, 784.
Lechelle, 1361, 1394.
Leclainche 367.
Leconte (Maurice), 673*, 1085*, 1101*.
Leconte-Lorsignol (Mme), 673*, 1085*, 1101*.
Lecoq (Raoul), 8, 602.
Ledoux, 332.
Ledoux-Lebard, 682, 1394.
Lefebvre, 1044.
Lefèvre, 1108.
Leflaive, 1200.
Lefort (R.), 1056.
Le Gac, 530, 1217, 1218, 1220.
Legal, 224.
Le Gall, 133.
Le Galloie, 486.
Le Goff (J.-M.), 79*, 194*, 609*.
Le Grand (Y.), 896.
Legueu, 715.
Lehoczky (de), 1206.
Le Jemble de la Hussaire, 285.
Lelong, 516, 1045.
Le Lorier, 597*.
Lemaire, 516, 1124.
Lemaître, 1340, 1413.
Lemetayer, 280, 1424.
Lemierre (A.), 1074, 1358, 1397.
Lemierre (J.), 1358.
Lemoine, 516, 1090.
Lemoyne, 1235.
Lenègre, 243, 1076.
Le Noir, 813.
Lenormand, 243.
Lenormant, 184, 1290.
Léon-Kindberg, 146.
Lepennetier, 1058.
Lépine (Pierre), 146, 244, 280, 549, 993.
Lépine (Jean), 382.
Lequime, 1012.
Lereboullet, 1043, 1045, 1456, 1458, 1076.
Leriche, 473*, 562, 768, 1053.
Lerique, 133.
Leroy, 1076.
Lesage, 1445.
Lescœur, 8, 262.
Lesertisseur, 1458.
Lesné, 63, 150, 530, 532, 1392.
Lesueur, 225.
Le Sueur, 154*, 226*, 338*, 345*, 370*, 377*, 566*, 618*, 698*, 898*, 930*, 982*, 1014*, 1158*, 1190, 1222*, 1257*, 1306*, 1341, 1382*, 1430*.
Leuret, 205.
Levaditi, 321, 614, 753, 784, 848, 910, 1394.
Le Van Sen, 465.
Leven, 1124.
Levent, 598*, 796*, 1090. 1120*.
Levin, 661.
Lévy (Alb.), 1213*.
Lévy (Mlle Jeanne), 224.
Lévy (Max), 146.
Lévy (P.-P.), 246.
Lévy-Bruhl, 1090.
Lévy-Solal, 169, 484.
Lévy-Valensi, 1076, 1090.
Lewi, 1074, 1123, 1124.
Lewin, 549, 753.
Lhermitte, 283, 284, 286, 335, 533, 716, 1154, 1156, 1234, 1235.
Lhirondel, 1045.
Lian, 517, 1108, 1124.
Lieutier, 779.
Lieux, 1221.
Lièvre, 150, 244, 614, 616, 1044, 1045.
Linossier-Ardouin (Mme), 532.
Liotier, 1199.
Loeper, 17*, 462, 696, 725*, 978, 1037*, 1108, 1340, 1424.
Loewe-Lyon (Mme), 1044.
Logroscino, 1057.
Loir, 133.
Lombard, 170, 533.
Lotte (Mlle, 148.
Loubat, 205.
Loubatière, 1008.
Loubeyre, 243.
Louvot, 1028.
Love, 1091.
Ludo Van Bogaert, 1206, 1154.
Luzuy, 663.
Lumbroso, 1044, 1123.
Luna (de), 1155.
Luquet, 1218.
Luria, 1357.
Lutier, 1220.
Luxembourg (Mlle), 1123.
Lwoff, 1123.
Lyonnet, 1173.

M

Macaud, 395*.
Mach (R. S.), 28.
Macquet, 814.
Macrez, 1108.
Madier, 910.
Maffei, 1124.
Mage (Mlle), 244, 516.
Magendie, 205.
Magnusson, 848.
Maillet, 532, 778.
Maisonnet, 240, 1320, 1492.
Malbrant, 896.
Malfei, 1155.
Malgras, 482.
Mallarmé, 1124.
Mallet-Guy, 262, 911, 1053, 1054.
Malmejac, 996.
Mamou, 976*.
Mande, 516, 996.
Mandel (P.), 8.
Mandroux de Jarzé, 616.
Manoussakis, 846.
Maranon, 225.
Marcel, 286, 532.
Marcel, 1043, 1217.
Marchand, 148.
Marchoux, 993.
Marcorelles, 1123.
Marcu, 1043.
Marfan, 204, 666, 882*, 960.
Mariau, 716.
Marie, 240, 1394.
Marie (P.), 243.
Marie-Suzanne (Sœur), 1357.
Marquès, 485.
Marquézy, 244, 516, 1043, 1044.
Marquis, 663, 1090, 1091, 1340.
Martel, 614, 846, 978, 1424.
Martel (de), 663, 716, 1156, 1380, 1414.
Martial, 896.
Martin, 696, 1090.
Martin (André), 150, 532.
Martin (Joseph-F.), 681.
Martin (L.-A.), 1340.
Martrou, 148, 1340.
Maschas, 240, 243, 1075.
Masini, 1089.
Masmonteil, 550, 941*, 1206, 1216, 1217, 1218.
Massart (R.), 550, 1217.
Massière, 457*.
Massot, 696.
Mathieu, 115, 184, 262, 663, 696, 1058, 1059.
Mathieu (P.), 184, 814.
Mathis, 614.
Mattei, 905*, 937*, 1123.
Mauclaire, 1008.
Maurer, 1413, 1446.
Mauriac, 994, 997.
Mauric, 1027, 1124.
Mavrodin, 1200.
May, 1124.
Mayer (L.), 29.
Mayer (Léopold), 994.
Maynadier, 246.
Mazel, 1174, 1221.
Mazille, 114.
Meersseman, 1221.
Meillet-Guy, 262.
Meinrath, 1288.
Melik-Ogandjanoff (Mlle), 224, 498.
Melissinos, 1174.
Mendoza, 1410.
Menegaux, 183, 482, 716, 814, 1024.
Menetrel, 225, 485.
Ménétrier, 1245*, 1174.
Meersseman, 1108.
Ménard, 1446.
Mercier, 1027.
Merklen, 696, 997, 1010, 1075.
Merland (A.), 689*.
Merle, 1123.
Merle d'Aubigné, 1198.
Mertzanis, 1174.
Messimy, 486.
Metalnikoff, 813.
Metalnikoff, 354, 813.
Métivet, 663, 911, 1025.
Meunier, 1340, 1357.
Meyer, 848, 1108.
Meyer (J.), 114.
Meyer (L.), 1492.
Meyer (Paul), 715, 960, 1008.
Meyer-May, 416, 1446.
Mialaret, 116.
Michel (E.), 224, 283, 336.
Michel (Mlle), 284.
Michon, 814, 1009.
Mignot, 1235.
Milhit, 516, 1075.
Mikaïlowski, 1446.
Milian, 616, 661, 1002*, 1090.
Milliez, 1124.
Millot, 562.
Minet, 329*.
Mingardon, 1076.
Minot, 517, 616.
Mladen Païc, 784.
Mockers, 246.
Mocquot, 184, 1025, 1358.
Mogder, 1124.
Moine, 498, 1445.
Molin de Teyssieu, 1173.
Molinéry, 1178*.
Mollaret, 240, 244, 280, 284, 486, 716, 1074, 1090, 1123, 1154, 1235.
Mondor, 1289, 1358, 1446, 1492.
Monges, 22.
Monier-Vinard, 486, 617, 1154.
Monnier, 1206.
Monod, 848.
Monod (Robert), 183, 184, 1026.
Monond, 382.
Monot, 335.
Monsaingeon, 116, 482.
Montagnier, 1076.
Montefiore (Mlle), 224.
Montlaur (Mme J.-H.), 246.
Morand, 1089.
Mordagne, 286*, 337*, 518*, 663*, 753*, 881*, 1450*.
Moreau, 1174.
Morel, 204, 464, 1221.
Morel (A.), 382.
Morel-Fatio, 550.
Morel-Kahn, 264.
Morin, 1076, 1109, 1154.
Morvan, 240, 486.
Mosinger, 1174.
Motz (Ch.), 590*.
Mouchet, 416, 1074.
Moulfaccio, 1426.
Moulonguet, 416, 662, 696, 716, 815, 1025.
Mouneyrat, 532.
Mouneyrat-Hamm (Mme) 532.
Mounier-Kuhn, 189, 541*.
Mouquin, 1361, 1394.
Moure, 184, 416, 482, 662, 1426.
Moureau 1062, 1174.
Mourigan, 777.
Mouriquand, 40, 332, 784.
Moutier, 98, 335, 517.
Moynier, 980.
Mozziconacci 1235.
Muller (Max), 1155.

N

Naffsiger, 1054.
Nataf, 368.
Nattan-Larrier, 44*, 45*, 1188*.
Navarre, 150.
Nayrac, 493*.
Neculai David, 815.
Neeser, 1090.
Nègre, 910, 1123, 1426.
Negret, 662.
Nelis, 560.
Nepveux, 1074.
Neret (Mme), 1045.
Netter, 848.
Neumann, 1358.
Neveu, 133.
Nguyen Dur Khoi, 485.
Nicol, 280.
Nicolas, 485, 1341.
Nicolau, 8.
Niénetrel, 485.
Nigoul (Mlle), 465.
Nitzulescu, 42.
Nobécourt, 141*, 177*, 213*, 244, 641*, 873*, 1313*, 1329, 1369*.
Nouvel, 8.
Nova (Mlle M.-A-), 183.

O

Offret, 716.
Okynzyc, 184, 262, 560, 662, 663, 911, 1009.
Olin, 848.
Olitzki, 661.
Olivier, 1358.

Ollivier (H.), 689*.
Olivier (H.-R.), 1288.
Oliviero, 1043.
Olmer, 22, 244, 1076, 1108.
Olry, 1024.
Otramare, 1216.
Ombredanne, 284, 482.
Oppenheimer, 1057.
Orinstein, 485.
Orsoni, 1074.
Ortholan, 1045.
O'Schaugnessy, 530.
Oudard, 768.

P

Padovani, 265, 1059.
Pagès (R.), 1340.
Paget, 616.
Pagniez, 170, 225.
Paic, 8.
Paillard (Henri), 96.
Paillas, 989*, 1021*, 1045, 1075, 1123, 1155.
Paraz, 1074.
Parnet, 1090.
Parturier, 1220.
Paisseau, 1074.
Palerffo, 777.
Palmer, 614.
Paloudier, 1138.
Pamboukis, 486.
Parades (de), 1218.
Paraf, 486, 1074, 1123, 1124.
Parhon, 244.
Parisot, 498.
Parnet, 224.
Parrot, 8, 224, 354.
Pasquier (Mlle), 1154.
Pascalis, 322, 461*.
Pasquier (Mlle M.-A.), 8.
Pasteur (Félix), 962.
Pasteur,Vallery-Radot, 681, 978, 1027, 1124.
Paugam, 284.
Paulian, 1206.
Paxthier, 696.
Pellé, 416, 696.
Peltier, 560, 681.
Penaud (Guy), 509*.
Péquignot, 224.
Perel, 1426.
Perez, 1110.
Perlès, 244, 1058.
Pernot, 332.
Péron, 240.
Perricone, 1060.
Perrignon de Troyes, 184.
Perrin, 1028, 1108.
Perrot, 321, 382, 464, 962, 1043.
Peschiera, 183, 661, 681, 715.
Petit (Gabriel), 96, 462.
Petit de la Villéon, 715.
Petit-Dutaillis, 663.
Petrov, 416.
Peyron, 284, 484, 846.
Pettit, 1361.
Peyron, 910, 995, 1123, 1357, 1410.
Peyrou (A.), 280.
Pfeffel (Mlle de), 1045.
Pham-Khac-Hy, 416.
Philippe, 322, 1234.
Picot, 184, 662, 848.
Piédelèvre, 1152*, 1174*.
Pien, 1288.
Pieroni, 777.
Pierret, 1043.
Piéry, 183, 465, 661, 681, 715.
Pigot, 1009.
Pilven, 662.
Pinard, 516, 696.
Piton, 345*, 377*.
Pittaleiga, 1357.
Planques, 243, 1076, 1109.
Plas, 1123.
Pléchet, 225.
Plichet, 1361, 1394.
Plotz, 962.
Pochon, 784.
Poinso, 1090.
Pollet, 1074, 1075, 1089, 1108, 1174.
Polony, 1025.
Polonowski, 1028.
Poncelet, 1056.
Porge, 1010.
Porot, 1173.
Portier, 1075.
Potbeau, 246.
Poumeau, 516, 1108, 1224, 1341.
Poumeau-Delille, 280, 484, 486, 516, 846, 1108, 1124, 1341.
Poursines (Y.), 533.
Prat (Stéphane), 331*.
Pron, 322.
Provensal, 1044, 1045.
Puech, 716, 1235.
Putti, 1057.

Q

Quénu, 482, 910.
Quercy, 283.
Quérido, 1123.
Querneau, 184, 186, 662, 911.
Queroy, 1154.

R

Rachet, 1025.
Radaody-Ralarosy, 549.
Ramon, 114, 280, 283, 661, 1075, 1301, 1424.
Ramon-Guerra, 778.
Randoni (Mme L.), 617.
Rangier, 997.
Ranson, 64.
Ranson (Mme), 146.
Raoul, 1340, 1357.
Rathery, 243, 262, 1075.
Ravina, 244, 485.
Ravoire, 125*.
Ray, 243.
Raymond, 1206.
Raymondaud, 516.
Raymondeau, 696.
Raymond-Hamet, 321.
Raynaud, 1090.
Reboul (J.-A.), 1008.
Redon, 1009.
Regnier (Mlle M.-T.), 978, 993, 1043.
Reignier, 80*, 266*, 302*, 402*, 434*, 466*, 502*, 534*, 834*, 866*.
Reilly, 1397.
Reinie, 614.
Remlingen, 64.
Renard (Gabriel), 532.
Renault, 498, 846, 993, 1445.
Renaux, 322.
Requignot, 696.
Reyre, 1123.
Riard, 1108.
Ribadeau-Dumas, 146, 533, 1340, 1358.
Richard, 184, 498, 663, 848, 1216.
Richet, 225, 1445.
Richou, 283, 993.
Ringenbach, 416, 768.
Rieunau, 517.
Rieusset-Pécholier, 964.
Rimbaud, 486, 666.
Riou, 42.
Riser, 243, 550, 1076, 1109.
Rist, 204, 846, 962, 1288, 1341.
Rivolaen, 26.
Robert, 980, 1155.
Robert (P.), 1265*.
Robineau, 1320.
Roch, 1090.
Roche (J.), 1301.
Rocheblaise, 1202.
Rochette, 1174.
Roederer, 550, 1057, 1220.
Roger (H.), 253*, 989*, 1021*, 1155.
Rogers, 1054.
Rohmer, 285.
Rolland, 1124.
Rollé, 8.
Rollet, 322.
Ronget (Mlle), 532.
Ronneaux, 170, 400*, 516.
Rosen, 150.
Rosenthal, 1124, 1217, 1220.
Rotenberg, 382.
Rouanet, 1109.
Roubaud, 114.
Roudinesco (Mme), 716.
Rouhier, 814, 1413.
Rouquès, 1108.
Roussel, 1394.
Rousselot, 1075.
Rousset, 814.
Rouviditch, 1110.
Rouvillois, 1319.
Roux, 240, 993.
Roux-Berger, 662, 911, 1009, 1446.
Roux-Dessarps, 996.
Roy (Mme), 133.
Rubens-Duval, 1075.
Rudaux, 1090, 1123.
Rudinerco (Mme), 486.
Ruff, 1117*.
Ruillet, 148.
Rullière (Mme), 5*.

S

Sachs, 1460.
Sackenreiter, 1203.
Saenz, 224, 280, 485, 550, 753, 1426.
Sagaut, 14*, 46*, 118*.
Sager, 1156.
Saint-Girons, 1044, 1320.
Saint-Pastous, 525*.
Saint-Roman, 1380.
Saint-Yves Ménard, 1238*.
Salasc, 695.
Salmon, 133, 663, 1045, 1090, 1173.
Samain, 416.
Samaras, 1357.
Samssonow, 814.
Samuel, 661.
Sanarelli, 283.
Sandor, 484.
Sandulesco, 8.
Santenoise, 1010.
Santy, 911.
Sarhut, 1380.
Sarric, 997.
Sarroste, 184.
Sarrouy, 1075, 1076.
Sartory, 114, 848, 910.
Sassier, 1108, 1124.
Saugrain, 150.
Sauter (Mlle V.), 280, 549, 993.
Sautter, 244.
Sauvé, 482, 911.
Sayous, 1094*, 1225*, 1462*, 1496*.
Schajowicz, 1057.
Schapira, 1108, 1124.
Scemama, 1123.
Schachter, 857*, 989*, 1021*.
Schaefer, 484, 1398, 1461.
Scherrer (P.), 705*, 1495.
Schifferli, 1174.
Schmutz, 114.
Schneider, 1108, 1124.
Schneiner, 550.
Schunck de Goldfiem, 559*.
Schwartz, 1024.
Sciclounoff, 1012.
Scaman, 1110.
Sebillotte, 283.
Sédaillan, 146.
Sée, 244.
Seguin, 414, 1090.
Seigneurin, 614.
Séjournet, 530, 1205.
Sendrail, 484.
Sénèque, 663, 910, 1025, 1197.
Sergent (Emile), 204, 614, 882*, 993, 1288.
Serianni, 150.
Serin, 368.
Seringue, 240.
Serre, 486.
Servantie, 784.
Servelle (M.-H.), 735*, 770*, 802*, 1037, 1077*.
Setbon, 557*.
Sézary, 243.
Sèze (Mlle de), 1090.
Shelton-Arnoldson (Mme), 246.
Sicard (André), 262.
Sieur, 846, 1274*, 1340.
Sifferlin (Mlle), 240.
Siguier, 1124.
Sigwald, 284, 716, 1234.
Sikorav, 696, 1075.
Siméon, 662.
Simonin, 1174.
Simonnet, 283, 485.
Sisesti, 814.
Sittig, 1206.
Slosberg, 1200, 1220.
Smilja (Mme), 614.
Smith, 1056.
Soalhat, 1108.
Sohier, 224, 335, 1076, 1090, 1221.
Sollier, 280.
Solomidès, 224.
Soria, 780.
Sorrel, 183, 184, 186, 286, 532, 662, 814, 1319.
Soubiran 1199.
Souillard 1108.
Sousses, 1394.
Soulas, 696.
Soupault, 183, 184, 911, 1025.
Stalhl, 26.
Standlée, 1109.
Staub, 846.
Stefanopoulo, 114.
Sterling Bunnell, 1055.
Streng, 1426.
Stewart (Mlle), 1458.
Strosberg, 1220.
Strumga, 1357.
Strumza, 1361, 1394.
Stoopen, 243.
Stroesco, 814, 1461.
Suarez (G.), 1109.
Suquet, 1044.
Sureau, 44, 484.
Susic, 533.
Swynghedauw, 695.

T

Tailhefer, 1009.
Tanon, 150, 498, 560, 614, 978, 993, 1043, 1288, 1381, 1389*, 1410.
Tarayre, 336.
Targowla, 368.
Tassitch, 205.
Tassovatz, 777.
Tavernier, 1025, 1059, 1074, 1108.
Terray, 973*.
Terrien (F.), 1340.
Teyssier, 485.
Teyssier-Commerson (Mme), 1090.
Thaon, 485.
Thévenard, 1205.
Thévenet (Mlle S.), 617.
Thiébaut, 284, 1206, 1235.

Thiébault, 716.
Thieffry, 1123, 1361, 1394.
Thierry de Martel, 1290.
Thomann, 1110.
Thomas, 284, 285, 716, 1234, 1460.
Thorel, 1108.
Thou-That-Tang, 416.
Thoyer-Rozat, 814.
Thurel, 1155.
Tierny, 1008.
Tiffeneau, 550, 581*, 1012, 1154.
Tillier, 243.
Tissier (Mlle M.), 224, 1090.
Tixier, 1108.
Tocatins, 1054.
Ton-That-Tung, 416, 1446.
Torres, 1109.
Toullec, 42.
Tournade, 354.
Tournay, 1394.
Tourneville (Mlle), 1075, 1089.
Toye, 1117*.
Traverse (P.-M. de), 262, 997.
Trémolières, 1076, 1458.
Trèves, 1216, 1218.
Trillat, 240, 910, 993, 1174.
Troisier, 24, 225, 240, 1073, 1089, 1357, 1458.
Trottot, 1074.
Truchet, 1058.
Truffert, 715, 1009, 1089, 1174, 1320.
Tudor, 1206.
Turiaf, 1075.
Tzanck, 169, 517, 1075, 1089, 1320.

U

Ugo Reitano, 1091.
Uhry, 1124.
Unger, 224, 354.
Urbain, 8, 148.
Uréchia, 1076, 1155.
Urguia, 485, 1075.
Uzan (M.-J.), 150, 152, 976*,

V

Vague, 244, 905*, 937*, 1108.
Vaisman (Aron), 784.
Valade, 133.
Valdiguié, 550.
Valette (G.), 8.
Valtis, 482.
Van Bogaert (Ludo), 335.
Vandecasteele, 329*.
Van Deinse, 224, 482, 1426.
Van Dooren, 29.
Van Gehuschten, 995.
Van Haelst, 1056.
Van Nes, 1056.
Vanni, 283.
Vanverts, 993.
Varangot, 1026.
Varay, 696.
Vascoboinic, 482.
Vauthey (Max), 650*.
Vautier, 550, 1206, 1218.
Velter, 716.
Vendeuvre, 465, 1057,
Vergé, 64.
Verne, 1108.
Vermes (Mme), 1357.
Verhaeghe, 769.
Véricourt (E.-R. de), 1010.
Vermes, 716.
Vernet, 530.
Vervaeck, 1173.
Vialatte, 1043.
Vidacovitch, 1010.
Vidal, 1173.
Vidal (Mme), 813.
Videla, 1414.
Vieilley, 1357.
Vieuchange, 133, 1008.
Vignale, 779.
Vignalou, 293*, 725*, 1037*.
Vignes, 414.
Vila, 1074.
Vilaret, 115, 243, 696, 1074, 1075, 1392.
Vincent (Clovis), 1289, 1381.
Vincent (H.), 95, 279, 425*, 768, 1005*, 1340, 1381, 1491.
Vincent (René) 661.
Vinzent, 414.
Violle, 96.
Virenque, 1141.
Vladesco, 1357.
Volmar, 1302.
Vugar, 280.

W

Wacquet, 695.
Wahl, 1183*.
Waitz, 170, 498.
Walser, 96, 321.
Wangermez, 768.
Warter, 1075, 1174.
Watermann, 995.
Watson-Janes, 1054, 1057.
Weber, 1205.
Wedi, 1124.
Weil, 910.
Weil (E.), 1302.
Weil (J.), 322, 616, 1074.
Weil (P.-E.), 244, 1089.
Weill (L.), 784.
Weill-Hallé, 240, 246, 813, 910, 1044.
Weinberg, 64, 96, 205, 280, 1340.
Weissenbach, 150, 244, 614, 616, 1426.
Weitzmann, 995.
Welti, 662, 715.
Wertheimer, 1424.
Wildeman, 1340.
Willsteedt, 43.
Wilmoth, 183, 262, 663, 695, 848, 1008, 1024.
Wilson, 1059.
Wimpfen, 1045.
Wolff, 616.
Wolfromm, 1124.
Worms, 485, 1124.
Wurfler, 1110.

Y

Yadoff, 354, 813.
Yahimach, 354, 813.
Yovanovitch, 1205.

Z

Zagdam, 284.
Zagdoun, 1025.
Zivry, 616.
Zivy, 486, 532.